W. GRZYWO-DĄBROWSKI.

SPRAWOZDANIE Z CZYNNOŚCI ZAKŁADU MEDYCYNY SĄDOWEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO ZA ROK 1934.

W roku sprawozdawczym, podobnie jak i w poprzednich latach, czynności dokonywane w Z. M. S. można było podzielić na następujące działy:

a) Praca dydaktyczna: 1. Wykłady i zajęcia praktyczne dla studentów medycyny. 2. Wykłady dla studentów prawa. 3. Zajęcia praktyczne i wykłady na kursie dla lekarzy powiatowych. 4. Wykłady dla funkcjonarjuszów policji i Urzędu Śledczego.

b) Praca naukowa.

c) Porządkowanie, katalogowanie i dopełnianie muzeum i bibljoteki.

d) Czynności sądowo lekarskie: wykonywanie na wezwanie sędziów śledczych i Prokuratora Sądu Okręgowego oględzin zwłok, badań poszkodowanych i dowodów rzeczowych.

Personel Z. M. S. składa się z kierownika i 4-ch lekarzy asystentów, pozatem pracują dwie siły pomocnicze: laborantka i rysownik. Kancelarję Zakładu prowadzi sekretarka, przydzielona przez Pana Prezesa Sądu Okręgowego.

Biorąc pod uwagę wielką ilość rozmaitych prac, które z natury rzeczy muszą być wykonywane w Zakładzie, personel lekarski jest w dużym stopniu niewystarczający, a przedewszystkiem odczuwał się brak stanowiska prosektora. (W marcu 1935 r. Zakład wreszcie uzyskał zamianę jednego z etatów asystenckich na etat adjunkta).

W r. 1934 zostały pomalowane i odnowione: sala wykładowa, muzeum, bibljoteka i gabinety kierownika Zakładu i asystentów.

W roku sprawozdawczym zostały ogłoszone drukiem następujące prace i przyczynki:

1. W. Grzywo-Dąbrowski. — Samobójstwa w Warszawie w r. 1932 i 1933. Cz. S. L.
2. — Bibljografja psychjatryczna i neurologiczna za r. 1933. — Rocznik Psychjatryczny 1934.
3. — Polska bibljografja kryminologiczna i sądowo-lekarska za r. 1933. Cz. S. L.
4. — O wykonywaniu praktyki lekarskiej. — Medycyna.
5. — Zagadnienie sterylizacji. — Lekarz Polski.
6. — Samobójstwo z punktu widzenia medycyny sądowej. III. Powieszenie i zadzierżgnięcie. Samobójstwo, wypadek czy zabójstwo? Cz. S. L.

7. W. Grzywo Dąbrowski i St. Manczarski. — Samobójstwa w Polsce w r. 1931. Cz. S. L.
8. Wł. Felc. — Zmiany anatomo-patologiczne u samobójców. Cz. S. L.
9. St. Manczarski. — Znaczenie okoliczności sprawy i wizji lokalnej dla ekspertyzy sądowo-lekarskiej. — Lekarz Polski.
10. — Kule wędrujące. — Lekarz Polski.
11. — Śmierć nagła podczas próby wywołania poronienia. — Medycyna.
12. — Postrzał przedsionka serca. — Śmierć 10-go dnia po postrzale. — Kula wędrująca. — Lekarz Polski.
13. — Postrzał głowy — usiłowanie samobójstwa, zabójstwo czy samobójstwo? — Cz. S. L.
14 A. Piotrowski. — Przypadek rażenia prądem sinusoidalnym o napięciu 40—59 V. Medycyna.
15. — Wypadki zgonu, spowodowane przez windę elektryczną i magiel. Cz. S. L.

Sprawozdanie z czynności Zakładu Medycyny Sądowej U. W. za rok 1934.

Oględziny zewnętrzne i wewnętrzne zwłok.

a) sądowo-lekarskie (liczby podane w nawiasie ozn. dane z 1933)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem	
1. Mężczyźni	6	8	14	11	21	14	22	25	12	21	17	21	192	(131)
2. Kobiety	15	12	10	11	3	8	12	13	12	20	15	7	138	(112)
3. Dzieci do lat 15	1	1	5	6	6	3	11	4	2	9	4	5	57	(40)
4. Nowor. donoszone	1	3	4	1	1	1	1	—	1	3	—	2	18	(14)
5. „ 9, 8 i 7 m. ciąży	1	1	—		1	1	—	—	—	—	—	—	4	(2)
6. „ poniżej 7 m.	—	—	—	—	2	1	2	—	—	—	—	—	5	(1)
7. Części ciała	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	(1)
Razem	24	25	33	29	34	28	48	42	27	53	36	36	415	(301)

b) sanitarno-policyjne

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Razem	
1. Mężczyźni	24	26	23	13	22	27	21	20	14	29	21	29	269	(278)
2. Kobiety	17	15	16	11	15	9	7	6	10	12	20	11	149	(174)
3. Dzieci do lat 15	5	4	3	6	3	1	5	4	11	4	4	6	56	(64)
4. Nowor. donoszone	4	6	2	4	5	4	2	4	2	6	4	6	49	(49)
5. „ 9, 8 i 7 m. ciąży	3	6	2	3	3	2	3	1	2	9	2	8	44	(46)
6. „ poniżej 7 m.	2	9	2	3	7	3	5	5	2	2	—	2	42	(42)
7. Części ciała	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	(2)
Razem	55	66	48	40	55	46	43	40	42	62	51	62	610	(655)
Ogółem	79	91	81	69	89	74	91	82	69	115	87	98	1025	(956)
Sekcje naukowe	13	20	2	15	2	6	2	—	—	14	19	15	108	(110)
	92	111	83	84	91	80	93	82	69	129	106	113	1133	(1066)

Oględziny zwłok według rodzaju wypadków:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Płody i nowor.	Razem
1. Zabójstwa	95	23	—	118(83)
2. Samobójstwa	80	52	—	132(118)
3. Wypadki	203	48	—	251(237)
4. Śmierć z przyczyn natur.	154	111	—	265(286)
5. Śmierć w związku z porodem i poronieniem	—	95	—	95(75)
6. Noworodki i płody	—	—	162	162(154)
7. Kości	—	—	2	2(3)
	532	329	164	1025(956)
8. Naukowe	—	—	—	108(110)
				1133(1066)

Z a b ó j s t w a.

	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Zastrzelenie	32	15	47
2. Zadanie ran kłutych	27	3	30
3. Zadanie ran ciętych	7	1	8
4. Zadanie ran rąbanych	1	—	1
5. Zadanie ran tłuczonych	1	—	1
6. Pobicie	27	4	31
	95	23	118

Samobójstwo:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Postrzał: wlot:			
a) prawa skroń	9	1	10
b) usta	4	—	4
c) serce	3	—	3
d) głowa	2	—	2
e) prawe ucho	1	—	1
f) klatka piersiowa	1	—	1
2. Zadanie ran ciętych	3	—	3
3. Rzucenie się pod pociąg	6	—	6
4. Rzucenie się z wysokości	8	5	13
5. Powieszenie się	20	3	23
6. Utonięcie	3	7	10
7. Otrucia: a) kwasem octowym	4	11	15
b) tlenkiem węgla	1	10	11
c) zasadami żrącemi	3	4	7
d) kwasem siarkowym	—	4	4
e) cjankiem potasu	2	1	3
f) weronalem	2	—	2
g) sublimatem	1	—	1
h) karbolem	1	—	1
i) strychniną	1	—	1
j) kwasem szczawiowym	1	—	1
k) alkoholem metylowym	1	—	1
l) nieznanemi truciznami	1	3	4
8. Złożone (rzucenie się z wysokości i otrucie)	1	3	4
9. Umyślne oparzenie się	1	—	1
	80	52	132

Wypadki:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Przejechanie lub wypadek:			
a) kolejowy	52	8	60
b) tramwajowy	26	7	33
c) samochodowy	41	10	51
d) inne	4	—	4
2. Utonięcie	22	5	27
3. Zatrucia:			
a) alkohol	5	—	5
b) tlenek węgla	4	5	9
c) sublimat	1	—	1
d) pokarmowe	—	1	1
4. Oparzenie	2	3	5
5. Spalenie się	1	—	1
6. Upadek z wysokości	12	2	14
7. Wypadek przy pracy	17	1	18
8. Rażenie prądem elektrycznym	1	—	1
9. Postrzelenie	1	—	1
10. Zaduszenie masami pokarmowemi	5	—	5
11. Zaduszenie gruzem	1	2	3
12. Śmierć w związku z zabiegami lekarskiemi	—	1	1
13. Inne	1	—	1
14. Urazy mechaniczne (uszk. przez magiel, kopn. przez konia, uderzenie drzewem i t. d.)	6	3	9
Razem	203	48	251

Śmierć w związku z ciążą, porodem i poronieniem:

1. Zakażenie po poronieniu	54
2. Skrwawienie się po poronieniu	1
3. Zakażenie po porodzie	17
4. Skrwawienie się przy porodzie	9
5. Rzucawka porodowa	3
6. Ciąża pozamaciczna	9
7. Porażenie serca przy porodzie	1
8. Zapalenie otrzewnej wskutek zapalenia przydatków	1
Razem	95

Choroby:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Razem
1. Miażdżyca tętnic	30	15	45
2. Porażenie serca na tle zmian w mięśniu sercowym	27	12	39
3. Pęknięcie serca	2	—	2
4. Pęknięcie tętnicy głównej i płucnej	3	3	6
5. Zapalenie worka osierdziowego	1	—	1
6. Wylew krwi do mózgu:			
a) miażdżyca	6	6	12
b) kiła	—	1	1
c) choroby zakaźne	1	2	3
7. Zapalenie opon mózgowych	3	3	6
8. Zapalenie płuc i opłucnej	16	12	28
9. Zapalenie oskrzeli	2	10	12
10. Gruźlica płuc	14	8	22
11. Gruźlica innych narządów	1	—	1
12. Nieżyt żołądka i jelit	5	2	7
13. Zapalenie otrzewnej:			
a) wrzód żołądka i dwunastnicy	4	1	5
b) skręt jelit i przepuklina	1	1	2
c) wyrostek robaczkowy	1	1	2
d) inne	1	2	3
14. Nowotwory	5	6	11
15. Wyniszczenie ogólne	3	4	7
16. Zakażenie ogólne	5	3	8
17. Choroby zakaźne	3	4	7
18. Ropień mózgu	3	2	5
19. Zapalenie pęcherza	1	—	1
20. Zgon ze starości	—	1	1
21. Cukrzyca	1	—	1
22. Mocznica	2	—	2
23. Niedomoga mięśnia sercowego	1	—	1
24. Wodogłowie	1	—	1
25. Niejasne:			
a) ujemny wynik sekcji	10	11	21
b) gnicie	1	1	2
	154	111	265

Wykaz oględzin płodów i noworodków.

Wyszczególnienie	Donosz.	IX	VIII	VII	VI	V	Poniżej 5 mies.	Razem
I. Maceracja	1	—	1	2	—	—	—	4
II. Niezdolność do życia:								
1. Wskutek niedonoszenia:								
a) urodzone żywo	—	—	8	10	4	1	—	23
b) urodzone martwo	—	—	2	16	17	11	3	49
2. Wskutek wad rozwojowych urodzone martwo	—	—	1	1	—	—	—	1
III. Śmierć w związku z porodem:								
1. Asfiksja	5	1	2	—	—	—	—	8
2. Uszkodzenia w obrębie główki:								
a) Wylewy krwi do opon i mózgu	3	2	—	—	—	—	—	5
b) Pęknięcie sierpu lub namiotu	11	—	—	—	—	—	—	11
3. Śmierć wskutek pomocy lub samopomocy porodowej	—	—	—	1	—	—	—	1
IV. Dzieciobójstwo.								
1. Zaduszenie zwykle	10	1	—	—	—	—	—	11
2. Zadzierzgnięcie	2	1	—	—	—	—	—	3
3. Zadławienie	1	—	—	—	—	—	—	1
4. Zatkanie jamy ustnej	2	—	—	—	—	—	—	2
5. Zaduszenie się treścią dołu kloacznego	1	—	—	—	—	—	—	1
6. Utopienie w wiadrze	1	—	—	—	—	—	—	1
7. Zakopanie do ziemi	1	—	—	—	—	—	—	1
8. Rozbicie główki	1	1	—	—	—	—	—	2
9. Rozkawałkowanie	1	—	—	—	—	—	—	1
V. Pozostawienie bez pomocy	9	5	3	—	—	—	—	17
VI. Choroby	1	1	1	—	—	—	—	3
VII. Przyczyna śmierci niejasna:								
1. Ujemny wynik oględzin	5	1	—	—	—	—	—	6
2. Gnicie	10	—	—	—	—	—	—	10
VIII. Varia (mumifikacja)	1	—	—	—	—	—	—	1
Razem	66	13	18	29	21	12	3	162

Wykaz badań dokonanych w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniw. Warszawskiego na wezwanie Sędziów Śledczych od dnia 1 stycznia 1934 r. do dn. 31 grudnia 1934 r

I. Badanie osób żywych:

Wyszczególnienie	Mężcz.	Kobiety	Dzieci	Razem
1. Uszkodzenia ciała (bójki, usiłowania zabójstwa itd.)	394	98	15	507
2. Wypadki związane z ruchem ulicznym	45	16	6	67
3. Oparzenia truciznami żrącemi: zbrodnicze	18	5	—	23
4. Oparzenia wrzątkiem:				
a) zbrodnicze	2	6	2	10
b) wypadkowe	1	2	1	4
5. Badanie stanu władz psychiczn.	—	1	—	1
6. Czyny nierządne	—	39	38	77
7. Pederastja	—	—	1	1
8. Stwierdzenie chorób weneryczn.	13	16	1	30
9. Stwierdzenie odbytego poronienia lub porodu	—	13	—	13
10. Określenie wieku	3	5	—	8
11. Inne	3	—	—	3
Razem	479	201	64	744

II. Badanie dowodów rzeczowych:

1. Badanie plam krwi	11
2. ,, plam nasienia	7
3. ,, włosów	4
4. ,, mikroskopowe narządów	7
5. ,, kości	2
6. ,, śladów prochu	5
7. ,, śladów kwasu siarkowego	1
8. ,, części ciała	1
9. ,, na obecność tlenku węgla we krwi	1
Razem	39

W. GRZYWO-DĄBROWSKI.

COMPTE RENDU DE L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL DE L'UNIVERSITÉ DE VARSOVIE POUR 1934.

Compte rendu de l'Institut Médico-légal de l'Université de Varsovie pour 1934. En 1934 on a accompli à l'Institut Médico-Légal à Varsovie 1025 examens des cadavres des individus adultes et des nouveau-nés par ordonnance des autorités judiciaires: examens des individues tués—118, des suicidés—132, morts par accidents—251, cas de mort naturelle—265, à la suite de l'avortement ou de l'accouchement —95, examens des nouveau-nés et des foetus 162, examens des os 2. On a accompli 108 autopsies scientifiques.

On a examiné ausi dans la même époque 744 individus vivants (lésions du corps, examens dans des cas de viol etc.) et 39 pièces de conviction: taches de sang, de sperme, les poils etc.

Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI

POLSKA BIBLIOGRAFJA KRYMINOLOGICZNA, SĄDOWO-LEKARSKA i DZIAŁÓW POKREWNYCH ZA ROK 1934.

Skróty tytułów pism. Książki umieszczono w odpowiednich działach.

1. AK—Archiwum Kryminologiczne.
2. AMW — Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.
3. CZA — Czasopismo Adwokatów Polskich.
4. CZSL — Czasopismo Sądowo - Lekarskie.
5. CZS — Czasopismo Sędziowskie.
6. EPK — Encyklopedja Podręczna Prawa Karnego.
7. GP — Głos Prawa.
8. GA — Głos Adwokatów.
9. GnPl. — Ginekologja Polska.
10. GS — Głos Sądownictwa.
11. GSW — Gazeta Sądowa Warszawska.
12. GAP — Gazeta Administracji i Policji Państwowej.
13. KD — Kronika Dentystyczna.
14. KO — Klinika Oczna.
15. LP — Lekarz Polski.
16. LK — Lekarz Kolejowy.
17. LW — Lekarz Wojskowy.
18. M — Medycyna.
19. MP — Medycyna Praktyczna.
20. MM — Młoda Matka.
21. MDS — Medycyna Doświadczalna i Społeczna.
22. N — Neurologja Polska.
23. NP — Nowiny Psychjatryczne.
24. NL — Nowiny Lekarskie.
25. NSL — Nowiny Społeczno-Lekarskie.
26. PGL — Polska Gazeta Lekarska.
27. P — Położna.
28. Pal. — Palestra.
29. PR — Prawo.
30. PL — Praktyka Lekarska.
31. PWP — Przegląd Więziennictwa Polskiego.
32. PPCH — Polski Przegląd Chirurgiczny.
33. PUS — Przegląd Ubezpieczeń Społecznych.
34. Pat — Patologja.
35. POS — Praca i Opieka Społeczna.
36. Prz. Pow. — Przegląd Powszechny.
37. PS — Przegląd Sądowy.
38. PPA—Przegląd Prawa i Administracji.
39. RP — Rocznik Psychjatryczny.
40. RPraw — Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
41. SS — Szkoła Specjalna.
42. StP — Statystyka Pracy.
43. WPP — Wileński Przegląd Prawniczy.
44. Woj. P. — Wojskowy Przegląd Prawniczy.
45. WCZL — Warszawskie Czasopismo Lekarskie.
46. WL — Wiadomości Lekarskie.
47. WF — Wiadomości Farmaceutyczne.
48. WP — Wiadomości Prawnicze.
49. Wiad. Lit. — Wiadomości Literackie.
50. Wiedz. L. — Wiedza Lekarska.
51. ZR — Zagadnienia Rasy.
52. ŻDZ — Życie Dziecka.
53. Z — Zdrowie.

I. Zagadnienia Prawne.

1. Baggowut. — Nadzwyczajne złagodzenie kary według K.K. — GłS.
2. Czajka. — Przedawnienie w prawie karnem kanonicznem — s. 192, Lublin.
3. Czerwiński i Przyjemski. — Prawo karne w świetle orzecznictwa 1.7.1933 — 1.4.1934, str. 84.
4. Dziatelewski. — Nowe angielskie prawo o nieletnich. — ŻDZ.
5. F. — Nowy projekt prawa karnego w Niemczech. — GłS.
6. Fudali. — Odpowiedzialność karna uczestników bójki etc. — PS.
7. Gaczałkowski i Wąsowski. — Stany konieczności w polskim Kod. Karn. Woj. P.

8. Grzybowski. — Wypaczenie podstawowej zasady procedury karnej. — GłS.
9. Giergielewicz. — Ostatnia próba reformy prawa karnego w dawnej Polsce. — GłS.
10. Glaser. — Wiążący bezprawny rozkaz — str. 31, Kraków.
11. Glaser. — Error in objecto a aberratio ictus. — GłS.
12. Glaser. — Reforma prawa karnego w Niemczech. — GSW.
13. Glaser. — Normatywna nauka o winie. — Pal.
14. Glaser. — Polski Kod. Karny w zarysie, str. 401, Kraków.
15. Lemkin. — Reforma prawa karnego w Niemczech. — N. 30 Wiad. Lit.
16. Kodeks karny Z. S. S. R. — Pr.
17. Kodeks Zobowiązań — opr. Lewandowski i Superson, s. 226.
18. Kotarski. — K. P. K. w pytaniach i odpowiedziach. — Warszawa, str. 125.
19. Kowalski. — Polski Kodeks Pracy w dotychczasowej praktyce. — CZS.
20. Ladier. — Kilka uwag o prawie karnem w Talmudzie. — str. 32.
21. M. A. — „Sąd przysięgłych — bękartem rewolucji". — AK.
22. Mogilnicki. — Ustawy karne dodatkowe — str. 765.
23. Makarewicz. — Wykładnia Kodeksu Karnego. — GSW.
24. Makarewicz. — Bezkarność podżegania i pomocnictwa. — PPA.
25. Makarewicz. — Zboczenie działania. — GłS.
26. Prawo karne materjalne — str. 619.
27. Papiórkowski. Angielskie prawo dowodowe w procesie karnym. — GłS.
28. Przegląd orzecznictwa Sądu Najwyższego:
    Walfisz. — Kodeks Karny. — AK.
    Śliwiński. — Prawo karne procesowe. — AK.
29. Pfeiffer. — Przyczyny popełniania przestępstw w świetle szkół prawa karnego. — GA.
30. Rappaport. — Przyszły Kodeks Karny trzeciej Rzeszy Niemieckiej, str. 24.
31. Rappaport. — V. Konferencja Międzynarodowa Unifikacji Prawa Karnego etc. — WP.
32. Rappaport. — Tendencje rozwojowe prawa karnego międzynarodowego. — RPraw.
33. Sitnicki. — Kodeks Karny 1932 r. a praktyka sądowa. — GłS.
34. Śliwowski. — Filozoficzno-prawne znaczenie art. 62 Pol. K. K.—Pal.
35. Śliwowski. — Narodziny prawa penitencjarnego. — GSW.

36. Śliwowski. — Rola sędziego w dziedzinie wykonania kary według Kodeksu Karnego Polskiego. — GłS.
37. Świda. — Pojedynek w Polskim Kodeksie Karnym. — GłS.
38. Szerer. — Okres porodu w art. 226 K. K. — GSW.
39. Śliwiński. — Błąd w świetle przepisów Kodeksu Karnego. — GSW.
40. Sanicki. — Problem jawności w procesie karnym. — Woj. P.
41. Schultheisz. — Obecny stan węgierskiego wojskowego ustawodawstwa karnego. — Woj. P.
42. Szczepański. — Prawo karne w świetle orzeczeń sądowych. — Str. 171, r. 1933.
43. Wirszubski. — Narodowo-socjalistyczne prawo karne. — WPP.
44. Wolter. — Zarys systemu prawa karnego.
45. Wróblewski. — Studja z dziedziny prawa i etyki — str. 568, — Wilno.
46. Winawer. — Postępowanie doraźne — str. 69.
47. Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego. — Orzeczenia Izby Karnej.

II. Kryminologja. Kazuistyka.

1. Bzowski. Z zagadnień polityki kryminalnej. GłS.
2. Borowiczowa. Nieletni przestępcy. PWP.
3. Czarnek. Przestępstwa poborowe i ich zwalczanie. WojP.
4. Czerwiński. Walka z przestępczością. PWP.
5. Czerwiński. Rola lekarza przy stosowaniu środków zabezpieczających w walce z przestępczością. NSZ.
6. Grzywo-Dąbrowski W. Ekshumacja. Str. 464. EPK.
7. Hofmokl-Ostrowski. „Zabójcy" bankiera Centnerszwera. Zagadka kryminalna, str. 157. Warszawa.
8. H. P. Sterylizacja a prawo karne. AK.
9. Jacsznyn. Dwa przypadki sądowo-lekarskie. PGL.
10. Kurs kryminologiczny w Warszawie. Str. 67. GłS.
11. Kryczyński. Polityka karna a sądy. GłS.
12. Lichtsztajn. Norma prawna a rola sędziego. GSW.
13. Manczarski. Sekcja medycyny sądowej i kryminologji na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu. WCZL.
14. Młodzianowski. Prawo, sąd, społeczeństwo w walce z przestępczością nieletnich. Pr.
15. Mydlarski i Wiązowski. Badania antropologiczne przestępców. Cz. II. AK.
16. Nestorowicz. Organizacja opieki nad nieletnimi w Italji i innych krajach. GłS.
17. Paleolog i Horoszowski. Sutenerstwo na terenie Warszawy. AK.
18. Piątkiewicz i Strassman. Oględziny miejsca przestępstwa. AK.

19. Rabinowicz. Środki zabezpieczające w teorji i praktyce. AK.
20. Rabinowicz. Współczesna ewolucja antropologji kryminalnej. Str. 134. Warszawa.
21. Radzinowicz. Morderstwo w świetle danych statystycznych. GSW.
22. Sakowicz. W sowieckim sądzie (wrażenia, spostrzeżenia). GłS.
23. Sawczyk. Ekspertyza pisma. EPK. Str. 468.
24. Semadeni. Sprawa zdjęć fotograficznych w sądownictwie. GłS.
25. Sitkowski. Instytucja „dossiers" na usługach policji. AK.
26. Sitkowski. Statystyka przestępczości zawodowej na terenie Warszawy. AK.
27. Strassman. Zwalczanie przestępczości zawodowej. AK.
28. Świderska. Na marginesie badań kryminalno-biologicznych. PWP.
29. Urbanowicz. Niepoprawni przestępcy. Pal.
30. Walfisz. Fałsz. EPK. str. 494.
31. Wróblewski. Polityka karna. WPP.
32. Wójcik. Sąd i praca. GłS.

III. Psychologja i Psychopatologja sądowa.

1. Baley. Ekspertyza psychologiczna. AK.
2. Baley. Ekspertyza psychologiczna. EPK, str. 477.
3. Baley. Psycholog w roli biegłego sądowego. Wiad. Lit.
4. Buczkowski. Ocena wiarogodności dziecka. CZS.
5. Bychowski. Przestępca a psychoanaliza. Wiad. Lit. Nr. 30.
6. Friedlenderowa. Moralność w grupie dziecięcej. ŻDZ.
7. Koziński. Zagadnienie poczytalności zmniejszonej. Pr.
8. Łuniewski. Ekspertyza psychjatryczna. EPK, str. 472.
9. Łuniewski. Epilepsja. EPK. str. 484.
10. Łuniewski. T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu K. K. r. 1932. AK.
11. Rozenblum i Neudingowa. Nieletni przestępcy w świetle katamnezy. 250 przyp. AK.
12. Semadeni. Zmniejszona odpowiedzialność karna kobiety. GŁS.
13. Sturbis. Czuwajmy nad losem nieletnich „przestępców". ŻDZ.
14. Skrzywan. Wzruszenie. WojP.
15. Steffen. Przypadek psychozy religijnej u przywódców sekty (niezwykłość motywów przestępstwa). AK.
16. Wirszubski. Lęk obcego wzroku. M.

IV. Alkoholizm. Narkomanja.

1. Chodźko. Sprawa narkotyków jako zagadnienie międzynarodowe. M.
2. H. W. Niektóre mniej znane, acz praktycznie ważne właściwości narkotyków (przetwory makowca, kokainy, alkoholu, eteru). M.

3. H. W. Kartki z historji nadużywania makowca. M.
4. Koskowski. Walka z narkomanją jako zagadnienie międzynarodowe. WF.
5. Łuniewski. Klinika narkomanji, wywołanej alkaloidami makowca. M.
6. Łuniewski. Psychjatryczno-społeczne znaczenie narkomanji. M.
7. Nelken. Klinika kokainizmu i jego leczenie. M.
8. Nelken. Leczenie narkomanji, wywołanej alkaloidami makowca. M.
9. Posiedzenie Tow. Lek. Warsz., poświęcone zagadnieniu narkomanji. Dyskusja. M. Str. 163.
10. Reicher. O wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania alkaloidów makowca w medycynie wewnętrznej. Wiedz. L.
11. Rutkowski. Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w chirurgji. M.
12. Sterling. Wskazania i przeciwwskazania w stosowaniu alkaloidów makowca w neurologji. M.
13. Szulc. Narkomanja jako zagadnienie higjeny społecznej. M.
14. Zagadnienie walki z narkomanją, streszczenie odczytów Rutkowskiego, Sterlinga i Mazurkiewicza. Dyskusja. NL. Str. 552.

Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. PGL. Str. 305, 365, 385.

V. Samobójstwa.

1. Altovilla. Samobójstwo z punktu widzenia psychologji, medycyny sądowej i prawa. Streszczenie M. Grzywo-Dąbrowskiej. CZS.
2. Becker. O skłonności do samobójstwa. WCZL.
3. Dyskusja po odczycie M. Grzywo-Dąbrowskiej w sprawie psychologji i psychopatologji młodocianych samobójców. (P. Tow. Med. Społ.). WCZL.
4. Grzywo-Dąbrowska. Przyczynek do psychologji i psychopatologji młodocianych samobójców i t. d. WCZL.
5. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie i w okręgu Apelacyjnym Warszawskim w r. 1932. CZSL.
6. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa w Warszawie w r. 1933. CZSL.
7. Grzywo-Dąbrowski. Samobójstwa z punktu widzenia Medycyny Sądowej. Powieszenie, zadzierzgnięcie. Samobójstwo, wypadek czy zabójstwo. CZSL.
8. Grzywo-Dąbrowski i Manczarski. Samobójstwa w Polsce w r. 1931. Pos. Tow. Lek. Warsz. M. Str. 373.
9. Grzywo-Dąbrowski i Manczarski. Samobójstwa w Polsce w r. 1931. CZSL.
10. Grzywo-Dąbrowski i Felc. Zmiany anatomo-patologiczne w przypadkach samobójstwa. Pos. Tow. Lek. Warsz. M. str. 373.
11. Felc. Zmiany anatomo-patologiczne u samobójców. CZSL.

12. Hoffman. Zagadnienie samobójstwa. Streszczenie M. Grzywo-Dąbrowskiej. CZSL.
13. Kołaczyński. Podejrzane o samobójstwo zejście śmiertelne wskutek połknięcia ciał obcych. CZSL.
14. Makowiec. Niezwykłe umiejscowienie pocisku w przypadku samobójstwa. CZSL.
15. Manczarski. Postrzał głowy — usiłowanie samobójstwa czy zabójstwa, czy symulacja? CZSL.
16. Szarbe. Powieszenie, zabójstwo czy samobójstwo? CZSL.

V. Więziennictwo.

1. Rabinowicz. Belgijskie zakłady zabezpieczające. AK.
2. Śliwowski. O domach pracy dla zwolnionych z więzień. PWP.
3. Sokołowski. Korespondencja i odwiedziny aresztowanych. GłS.
4. Świderska. Z więzień i zakładów wychowawczo-poprawczych. PWP.
5. Wiewiórska. Zakład wychowawczo-poprawczy dla chłopców pod Wiedniem. PWP.
6. Wiśniewski. Zakłady dla niepoprawnych przestępców. GłS.

VII. Sprawy zawodowe. Partactwo lecznicze.

1. Czerwiński. Odpowiedzialność lekarza wobec pacjenta na tle przepisów kodeksu zobowiązań. NSL.
2. Klęsk. Nasze błędy w walce z partactwem leczniczem. PL.
3. Koszewski. Odpowiedzialność za uszkodzenia cielesne w związku z zabiegiem lekarskim. GłS.
4. Lednicki. Podstawy odpowiedzialności karnej lekarzy. CzSL.
5. Lewin. Odpowiedzialność karna lekarza w świetle rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarskiej. WCZL.
6. Odpowiedzialność sądowa lekarza za zabiegi operacyjne. Dyskusja w Warsz. T. L. po odczycie mec. I. Ettingera. WCZL.
7. Prökl. Felczerzy. EPK. Str. 522.
8. Pogoda. Odpowiedzialność za brak staranności w zawodzie. GŁS.
9. Wejnberg. W sprawie lekarzy sądowych. LP.

VIII. Orzecznictwo. Niezdolność do pracy. Choroby zawodowe.

1. Boczkowski. Znaczenie chorób społecznych jako czynnika powodującego przedwczesne inwalidztwo pracy i t. d. LK.
2. Dziułyński. Ocena uszkodzeń zębów i szczęk przed sądem. PGL.
3. Grauberg-Grabecki. W sprawie lecznictwa i orzecznictwa lekarskiego w przypadkach urazowych. PUS.
4. Grzywo-Dąbrowski. Ekspertyza lekarska EPK. str. 467.
5. Handelsman. O chorobach zawodowych. PUS.
6. Handelsman. Choroby zawodowe. Łódź.

7. Hessek i Micewicz. Praca w hutach cynku i ołowiu pod względem bezpieczeństwa i higjeny, str. 206.
8. Jankowski. Orzecznictwo sądowo-lekarskie w sprawach urazowych reaktywnych. RP.
9. Kühn. O ubezpieczeniu na wypadek choroby. PGL.
10. Manczarski. Znaczenie okoliczności sprawy i wizji lokalnej dla ekspertyzy sądowo - lekarskiej. L. P.
11. Puchowski. Schorzenie samorzutne jako przyczyna wypadku śmiertelnego przy pracy. CZSL.
12. Strassman. Ekspertyza chemiczna. EPK. Str. 466.
13. Wisłocki. Ubezpieczenie od wypadków według ustawy o ubezpieczeniu społecznem. PUS.

IX. Choroby. Śmierć.

1. Bross. O przypadkach nagłej śmierci i ich patogenezie. PAT.
2. Chodkowski. Przypadki pęknięcia tętniaka tętnicy piersiowej z krwotokiem naciekowym do jamy otrzewnej. Pos. War. Tow. Lek. Str. 923. PGL.
3. Chwalibogowski i Sosin. Niezwykły przypadek uduszenia przez wetchnięcie pudru u 12-to miesięcznego niemowlęcia PGL.
4. Frenklowa. Przypadek zatkania przełyku u dziecka z zejściem śmiertelnem. PGL.
5. Graber. Choroba zatorowa. WCZL.
6. Grabowski. Przypadek choroby Payet'a (po urazie). Pos. Lw. Koła Radiol. PGL. Str. 646.
7. Dr. K. G. i I. J. B. Zgony i przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w zakładach opiekuńczo - wychowawczych. STP.
8. Kowalczykowa. Śmiertelny krwotok z tętnicy wątrobowej w toku kamicy żółciowej i t. d. PGL.
9. Manczarski. Postrzał przedsionka serca — śmierć 10-go dnia po postrzale — kula wędrująca. LP.
10. Manteufel - Szoege. Wstrząs pooperacyjny. PPCH.
11. Piankówna. Pachymeningitis haemorrhagica interna u niemowląt. WCZL.
12. Piotrowski. Wypadki zgonu spowodowane przez windę elektryczną i magiel. CZSL.
13. Płuciński. Śmierć po salvarsanie. NL.
14. Rasolt i Kiciński. W sprawie samodzielnego pęknięcia tętnicy głównej. WCZL.
15. Serafiński. Ostry zanik wątroby. M.

16. Syrek. Śmiertelny krwotok do otrzewnej wskutek marskości wątroby. PGL.
17. Szarbe. Śmierć po szczepieniach zapobiegawczych. CZSL.

X. Uszkodzenia ciała.

1. Achmatowicz. Przypadek krwiaka podoponowego pochodzenia urazowego o przebiegu spóźnionym. PGL.
2. Bieleńki i Lewenfisz. Przypadek obcego ciała w oskrzelach. M.
3. Bieńkowski. O igłach połkniętych. Pos. Tow. Lek. Zagł. Dąbrow. S. 431. PGL.
4. Chodkowska. Z kazuistyki krwotoków śmiertelnych. Pos. Tow. Lek. War. M. Str. 824.
5. Dylewski. W sprawie postępowania lekarza praktyka w przypadkach ciał obcych w przełyku. NL.
6. Dobrzański. Przypadek postrzału głowy etc. T. Lek. Lw. s. 625. PGL.
7. Grędzielski. Przypadek zaćmy po naświetlaniach promieniami Roentgena. Pos. Lw. Tow. Lek. str. 887. PGL.
8. Jakimowicz. Uraz czaszki i krwotok podpajęczynówkowy i t. d. Pos. Tow. Lek. War. str. 466. M.
9. Kaczka. Pourazowe porażenie rdzeniowe. Pos. Luc. Tow. Lek. Str. 678. NL.
10. Kołaczyński. Czy urazowy krwotok śródczaszkowy? CZSL.
11. Kochaj i Wolf. Dwa przypadki uwięzienia wewnętrznych przepuklin okołopęcherzowych. PGL.
12. Korczakowski. Pourazowe podskórne pęknięcie wątroby. LW.
13. Krajnik. Przypadek dwukrotnego pęknięcia tętnicy głównej. Pos. Wydz. Lek. w Poznaniu NL. str. 761.
14. Laskownicki. Przypadek ciała obcego w cewce moczowej. Pos. Lw. Tow. Lek. S. 942. PGL.
15. Lewenfisz. Badanie kliniczne i doświadczalne nad ciałami obcemi w drogach oddechowych. M.
16. Medyński. Nerwica urazowa a zdolność do pracy. RP.
17. Owczarewicz i Sokołowski. Obecny stan leczenia zakażonych ran wojennych. LW.
18. Orliński. Rozpoznanie przypadkowe lub późne urazowych uszkodzeń kręgosłupa. N.
19. Pawłowski. Przyczynek do rozpoznania i leczenia przepukliny przeponowej. LW.
20. Palewski. Przyczynek do oceny przepukliny pachwinowej urazowej. MP.
21. Pines. Przypadek rzadkiego uszkodzenia oczodołu. KO.

22. Piotrowski. Przypadek rażenia prądem sinusoidalnym o napięciu 49—59 v. etc. M.
23. Popielski. O wypadkach śmierci w boksie. PGL.
24. Chwećko. Przypadek połknięcia agrafki. Pos. Zrzesz. Lek. Woj. Białostock. PGL.
25. Roguski. Przypadek obfitego krwotoku z przełyku niejasnego pochodzenia. Pos. Tow. Int. Pol. M.
26. Skąpska. O uszkodzeniach oka rogiem krowy. KO.
27. Sołowiejczyk. Niezwykły przypadek uszkodzenia żyły szyjnej przez ciało obce. WCZL.
28. Sowiński. Przypadek pęknięcia jelita biodrowego podczas dźwigania ciężaru. Pos. Tow. Lek. Lw. str. 786. PGL.
30. Sznajder-Raczyńska. Pourazowy wrzekomy tętniak. Pos. Luc. Tow. Lek. s. 679. NL.
31. Waserman. T. zw. „wstrząsy opłucnowe". M.
32. Wolf. Nadzianie się 23 letniej dziewczyny przez pochwę na drążek od grabi. Pos. Tow. Lek. Lw. s. 342. PGL.
33. Zienkiewicz. Zranienia czaszki na wojnie. LW.

XI. Otrucia.

1. Becker i Łempicki. Przybliżona metoda oznaczania zawartości tlenku węgla we krwi. WF.
2. Dresdner. „Wstrząs" po znieczuleniu miejscowem. WiedzL.
3. Englert. Uśpienie narkotylem. NL.
4. Głowiński. Przypadek zatrucia luminalem, leczony dużemi dawkami strychniny dożylnie. Pos. Klin. Szpit. Pozn. s. 756. WCZL.
5. Grzywo - Dąbrowski. Ocena książki Schilling - Siengalewicza, p.t.: Zarys toksykologji sądowo-lekarskiej. t. I. WCZL. str. 12.
6. Kołosowski. Przypadek zatrucia łubinem. NL.
7. Kramsztyk i Ber. Badania doświadczalne nad ubocznem działaniem związków salicylowych. NL.
8. Likier. Stosowanie wielkich dawek koraminy i stiminolu w ostrych zatruciach morfiną, veronalem i in. AMW.
9. Messing. Przyczynek do anat. patol. zatruć tlenkiem węgla. N.
10. Mikułowski. Rzadki przypadek ostrego zatrucia kwasem salicylowym u chłopca 2-letniego. Pos. Tow. Lek. Warsz. str. 681. M. i PGL. str. 982.
12. Mikułowski. Przypadek ostrego zatrucia kwasem salicylowym. Pos. Tow. Lek. Warsz. str. 799. WCZL.
13. Mozołowski. Ogólne wiadomości o chemji gazów bojowych. PL.
14. Obarski. Jod (jodyna), jodki (NaJ, KJ) pod względem toksykologicznym LK.

15. Piekarski. Dwa przypadki ostrego zatrucia kwasem acetylo - salicylowym. NL.
16. Przychocki. Dotychczasowy stan leczenia oparzeń iperytowych skóry. LW.
17. Teisinger. Niedowład pochodzenia ośrodkowego etc. na skutek przewlekłego otrucia dwusiarczanem węgla. M.
18. Schilling - Siengalewicz. O możliwości objektywnego określenia stopnia odurzenia alkoholicznego. GŁS.
19. Schilling - Siengalewicz. Zarys toksykologji sądowo - lekarskiej. T. II. Część organiczna. str. 251.
20. Sier. Przypadek zatrucia veronalem wyleczony zapomocą dużych dawek strychniny dożylnie. Pos. Klin. Szpit. Pozn. str. 755. WCZL.
21. Wajnsztok, Kotek, Głowiński. O leczeniu zatruć związkami barbiturowemi za pomocą dużych dawek strychniny. WCZL.
22. Wajnsztok. Przypadek wstrząsu wapniowego. Pos. Klin. Szpit. Pozn. s. 757. WCZL.
23. Wąsowski. Gazy bojowe a górny odcinek dróg oddechowych. M.
24. Wiloch. Spostrzeżenia kliniczne w przypadku zatrucia jadem kiełbasianym (botulismus). LW.
25 Witowski, Ser i Kurchin. O stosowaniu dużych dawek strychniny dożylnie przy zatruciach związkami barbiturowemi. PGL.

XII. Ciąża. Poród. Poronienie. Dzieciobójstwo.

1. Beck. Powikłania położnicze w przypadkach podwójnej wady rozwojowej macicy. GnPL.
2. Brems. O zapobieganiu ciąży i zapłodnienia. s. 16.
3. Brighten. Nowoczesne metody zapobiegania ciąży, str. 79.
4. Brückner. Leczenie przedziurawień macicy. PGL.
5. Dobrzański. Sztuczne przerwanie ciąży, jako problemat społeczno - lekarski etc. Pos. Wil. Tow. Gin. s. 732. GnPL.
6. Hirschfeld i Linsert. Zapobieganie ciąży. Str. 68.
7. Gizowski. Samoistne przebicie macicy przez zaśniad groniasty niszczący. GnPL.
8. Kokodyński. Przypadek olbrzymiej nerki wrodzonej. Pos. Lw. Tow. Gin. s. 723. GnPL.
9. Kon. Przypadek pęknięcia macicy w czasie porodu. Pos. Tow. Lek. Częst. Str. 805 PGL.
10. Lejwa i Fryszberg. O wartości odczynu biologicznego Ascheima - Zondka. MDS.
11. Lenczowski. Przypadek ciąży strzępkowej etc. GnPL.
12. Lenczowski. Przyczyny powstawania defleksji główki płodu w czasie porodu. PGL.

13. Leński. Przypadek zgorzeli płuc prawdopodobnie po septycznem poronieniu. NL.
14. Liebhart. Leczenie nieufności w świetle najnowszych badań. PGL.
15. Manczarski. Śmierć nagła podczas próby wywołania poronienia. M.
16. Modrzejewski. Hormonalna reakcja ciążowa na królikach. NL.
17. Meisels. Rozpoznanie rentgenowskie płodu, obumarłego w macicy. Pos. Lw. Tow. Gin. str. 725. GnPl.
18. Perl. Przypadek samoistnego częściowego oddzielenia się szyjki macicy podczas porodu. GnPl.
19. Puchalski. Przypadek zatoru powietrznego po cięciu cesarskiem. Pos. Wil. Tow. Gin. str. 735. GnPL.
20. Schwarz. Postępowanie lecznicze w przypadkach poronień zakaźnych. PL.
21. Staczewski. Przypadek zarośnięcia pochwy w czasie ciąży. NL.
22. Stępowski. Rozpoznanie ciąży w świetle najnowszych badań, str. 32.
23. Stöckl. O znaczeniu sądowo - lekarskim biologicznej próby ciążowej. GnPL.
24. Taubenhaus. Samoistne pęknięcie macicy podczas porodu. WCZL.
25. Witkowska. Cięcie cesarskie pochwowe w rzędzie sposobów przerwania ciąży. PGL.
26. Zachs. Przerywanie i zapobieganie ciąży w starożytności. GnPL.
27. Zawsztowt - Sukiennicka. Spędzenie płodu w świetle nowego Kod. Kar. Pos. Wil. Tow. Gin. s. 730. GnPL.
28. Zelikson. Metoda Ascheima - Zondeka - Friedmanna i jej odmiany. GnPL.
29. Zwoliński. Skrobanie macicy, jego wartości lecznicze i niebezpieczeństwo etc. M.

XIII. Życie płciowe. Choroby weneryczne. Małżeństwo.

1. Bobrowski. Kwestje „drażliwe" na kolonji wakacyjnej. ŻDZ.
2. Czerwiński. Sterylizacja i kastracja, jako środek walki z przestępczością i uzdrowienia rasy. WP.
3. Czerwiński. Sterylizacja jako środek walki z przestępczością i uzdrowienia rasy. GAP. NSL.
4. Dryjski. Zagadnienie seksualizmu u dziecka etc. str. 456.
5. Frenkiel i Hurwicz. Kastracja i sterylizacja. WCZL.
6. Gedroyć. Wiekowe spory o błonę dziewiczą. Studjum historyczno-lekarskie. str. 75. Warszawa.
7. Grzywo - Dąbrowski. Zagadnienie sterylizacji. LP.

8. Higier. Niemoc płciowa i bezpłodność u mężczyzn. Warszawa. str. 251.
9. Higier. Referat z pracy prof. Gedroycia „Wiekowe spory o błonę dziewiczą". WCZL.
10. Hurwicz. Prolegomena do wszelkiej ustawy sterylizacyjnej. WP.
11. Margiel. Niemoc płciowa u mężczyzn. WiedzL.
12. Mikułowski. O roli kiły w etjologji wrodzonych wad serca u dzieci. M.
13. Orlewicz. Problemat wyjałowieniowy. Pr.
14. Pelczar. Okres dojrzewania i jego zaburzenia. LK.
15. Piotrowski. Kultura i wychowanie erotyczne. ŻDZ.
16. Pastwa. Sterylizacja a prawo moralne. Pelplin.
17. Ks. Radoleński. Ustawa sterylizacyjna w Niemczech. Prz. Pow.
18. Sedlis. Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych. WCZL.
19. Siegel. Niechęć czy impotencja? Str. 47. Kraków.
20. Stępowski. W sprawie warunków ułatwiających zapłodnienie. PL.
21. Stępowski. Hormony ciążowe w płynach ustroju. PGL.
22. Ks. Świrski. Zagadnienie sterylizacji. Ateneum Kapł.
23. Szenwic. Niepłodność i niemoc płciowa u kobiet. str. 103. W-wa.
24. Wirszubski. Przymus sterylizacji w Niemczech pod względem psychjatrycznym. NP.
25. Zaorski. Dzieje chorego po operacji Woronowa. PGL.
26. Zaleski. O sztucznem zapłodnieniu kobiet. PL.

XIV. Varia (m. in. grupy krwi).

1. Bekerman. O reformie studjów prawniczych. Pal.
2. Bibljografja Prawnicza Haesicka.
3. Dawn. O poziom sprawozdań sądowych. Wiad. Lit. N. 10.
4. F. M. Ocena podręcznika „Zarys toksykologji sądowo - lekarskiej Schilling - Siengalewicza". M.
5. Ferstensztat. O zaburzeniach wzrostu i rozwoju w wieku dziecięcym. WCZL.
6. Grzywo - Dąbrowski. Ocena książki Gedroycia p. t.: „Wiekowe spory o błonę dziewiczą". M.
7. Grzywo - Dąbrowski. Sprawozdanie z czynności Zakł. Med. Sądowej U. W. za rok 1933. CZSL.
8. Grzywo - Dąbrowski. Polska bibljografja kryminologiczna, sądowo - lekarska i działów pokrewnych. CZSL.
9. Hirszfeld. Grupy krwi. Warszawa. str. 152.
10. Horoszkiewicz. Recenzja o pracy Grzywo - Dąbrowskiego „Polski Kodeks Karny" uwagi lekarza sądowego. R.Praw.

11. Jasiński. Podstawy i oceny rozwoju fizycznego dzieci. LK.
12. Kalendarz Polski Lekarski na rok 1934. Lwów. Dział sądowo - lekarski.
13. Kołaczyński. Wpływ krwi i wydzielin zwierzęcych na wynik badań sądowo - lekarskich z dziedziny grup krwi. CZSL.
14. Miedzińska. Nauka bezpieczeństwa w szkołach jako metoda zapobiegania wypadkom przy pracy. POS.
15. Morzycki. Dziedziczenie własności wydzielania ciał grupowych O, A, B. w ślinie. ZR.
16. Peretiatkowicz. Reforma studjów prawniczych. R. Praw.
17. Popielski. Zachowanie się własności grupowych w plamach krwi poddanych praniu czy innym zabiegom, zmierzającym do ich usunięcia. CZSL.
18. Ponikowski. Ze wspomnień o adwokaturze. GSW.
19. Rutkowski. Transfuzja krwi. Warszawa. Str. 22.
20. Sitnicki. O reformę studjów prawniczych. GŁS.
21. Śliwowski. Prof. S. Ottolenghi — wspomnienie pośmiertne. CZSL.
22. Szulc. Badania Pol. Instytutu zagadnień ludnościowych nad rozrodczością w Polsce. ZR.
23. Wachholz. Ocena podręcznika medycyny sądowej prof. Reutera. PGL.
24. Wachholz, Baranowski, Kaczyński. Studja spektroskopowe nad niektóremi pochodnemi hemoglobiny. Spraw. z posiedz. Polsk. Akad. Umiejętności. s. 362. WCZL. S. 364. PGL.

Prof. Dr. J. OLBRYCHT i Prof. Dr. J ZUBRZYCKI (Kraków).

PRZENOSZENIE CIĄŻY JAKO ZAGADNIENIE SĄDOWO - LEKARSKIE.

Spory sądowe, powstające w związku ze sprawą przenoszenia ciąży, przedstawiają częstokroć ciekawe zagadnienia do rozstrzygnięcia i to nietylko z punktu widzenia prawnego, gdyż zazębiając się ściśle z biologicznemi zjawiskami z zakresu dziedziny płodzenia, stanowią nieraz także cenny materjał przyrodniczo - naukowy, pomagający nierzadko do wyświetlenia czysto teoretycznych, czasami nawet nie tak prostych problemów. W przypadku, który podajemy poniżej do wiadomości, przeważał głównie, jako moment zaciekawiający, moment prawnego zagadnienia. Z punktu widzenia biologicznego nie był on zupełnie zajmujący. Niemniej jednak, jako niecodziennie spotykany, zasługuje na dokładniejsze opisanie i ogłoszenie.

Sprawozdanie sądowo - lekarskie, wygotowane przez nas, jako lekarzy biegłych, wyznaczonych przez Sąd Okręgowy Cywilny w Krakowie do zbadania sprawy o zaprzeczenie ślubności rodu, przytaczamy poniżej. Pozwalamy sobie jednak poprzedzić je ogólnemi uwagami, dotyczącemi sprawy przenoszenia ciąży, zebranemi z odnośnego piśmiennictwa i znanych dotychczasowych danych naukowych.

Prawidłowy i prawdziwy czas trwania ciąży, to znaczy czas, który obliczamy od chwili połączenia plemnika z jajem aż do urodzenia płodu w przeciętnie normalnych warunkach, określa Zangemeister na 264 dni. Obliczenie to opiera on na dużym statystycznym materjale, zebranym przez Issmera, Gossraua, Schlichtinga i siebie samego, oraz na wnioskach wysnutych z porównania wieku najmłodszych, dotychczas znanych jaj człowieka. Za podstawę obliczeń czasu trwania ciąży nie możemy jednak przyjąć w praktyce bezpośrednio momentu zespolenia się ze sobą elementów płciowych żeńskich i męskich. Momentu tego bowiem nie znamy. Możemy go tylko w przybliżeniu ustalić, opierając się na innych zjawiskach biologicznych. Do tych zaś zjawisk zaliczamy ostatnią miesiączkę, odbyty, zapładniający stosunek płciowy i wystąpienie, względnie odczucie pierwszych ruchów płodu. Daty tych zjawisk dają nam możność określenia dnia zapłodnienia, czasu trwania ciąży oraz dnia porodu. Przyjmując zatem za podstawę naszych obliczeń pierwszy dzień ostatniej miesiączki, oznaczamy czas trwania ciąży na 280 dni, a biorąc za podstawę obliczeń datę zapładniającego stosunku na 273 dni (Nürenberger, Tausch). Trzecie zjawisko, o którem mowa, to znaczy pojawienie

się, względnie ściśle mówiąc odczucie przez kobietę pierwszych ruchów płodu zazwyczaj, jako najmniej ostro w granicach czasu uchwytne, bardzo względne i subjektywne, nie pozwala na dokładne określenie czasu trwania ciąży, pomimo, że — jak pouczają dane kliniczne i statystyczne — ruchy te odczuwa ciężarna po raz pierwszy zazwyczaj najczęściej w połowie czasu trwania ciąży.

W obliczeniach jednak naszych, dokonywanych z pomocą wyżej wspomnianych danych, musimy się liczyć z pewnemi różnicami w rachunku, wynikającemi ze spostrzeżenia, że im później wystąpi zespolenie się jajka z plemnikiem po pojawieniu się ostatniej miesiączki, tem później nastąpi poród. Skutkiem tego, jak nas poucza bezmała codzienne doświadczenie kliniczne, spotykamy się bardzo często ze zjawiskiem, że prawidłowy czas trwania ciąży, oznaczony wedle daty ostatniej miesiączki na 280 dni, a wedle daty zapładniającego stosunku na 273 dni, może być i bywa rzeczywiście częstokroć niezgodny z naszemi obliczeniami. W związku z tem nasunęło się pytanie, czy wszystkie porody, które przypadają po dłuższym czasie trwania ciąży niż 280 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, względnie po dłuższym czasie niż 273 dni, licząc od daty zapładniającego stosunku, uważać należy za nieprawidłowe, czy też tylko niektóre z nich w związku z zadługim czasem trwania ciąży powinno się zaszeregować do tych ostatnich. Szczególniej dla medycyny sądowej rozstrzygnięcie tego pytania miało zasadnicze znaczenie. W zawiłych bowiem częstokroć sprawach cywilno - sądowych posiada duże znaczenie znajomość nietyle przeciętnego czasu trwania ciąży, ile raczej granic jej prawidłowego trwania i to zarówno najniższych jak i najwyższych. W rozstrzygnięciu tego pytania pomogły znowu dane statystyczne, które wykazały, że fizjologiczna granica czasu trwania ciąży u człowieka obliczona tak wedle daty ostatniej miesiączki, jak i daty zapładniającego stosunku, waha się nawet dość znacznie, zarówno w kierunku jednym (krótszy czas trwania ciąży), jak i drugim (dłuższy czas trwania ciąży). W odniesieniu do drugiego, który nas w związku z naszym przypadkiem szczególnie zajmuje, wahania te mogą być pozorne lub też rzeczywiste. Pozorne pozostają w związku z niemożliwością uwzględnienia pewnych fizjologicznych momentów, wchodzących w grę w procesie zapłodnienia. Wiemy naprzykład, że pozornie dłuższy czas trwania ciąży, obliczony według daty ostatniej miesiączki, może być wywołany długim odstępem czasu pomiędzy dniem odbytego stosunku a pierwszym dniem ostatniej miesiączki. Z drugiej strony czas trwania ciąży, obliczony według daty zapładniającego stosunku, jest tem dłuższy im później po stosunku nastąpiło w ustroju kobiety zjawisko jajeczkowania, polegające na wy-

dostaniu się jaja z dojrzałego pęcherzyka Graafa. Także nie jest wykluczona możliwość zajścia w ciążę w związku ze stosunkiem, mającym miejsce tuż przed ostatnią miesiączką i to o prawidłowem nasileniu i prawidłowym czasie trwania. W tym ostatnim przypadku czas trwania ciąży obliczony wedle daty zapładniającego stosunku będzie dłuższy niż czas trwania ciąży, obliczony wedle daty wystąpienia ostatniej miesiączki (Zangemeister, Nürnberger). Biorąc pod uwagę tę możliwość odchyleń, wynikających z przyczyn, mających swoje źródło w czasowej niewspółmierności zjawisk: miesiączkowania, jajeczkowania, stosunku płciowego i zespolenia się ze sobą rozrodczych elementów żeńskich i męskich przyjmują Jaschke i Pankow za górną, fizjologiczną granicę czasu trwania ciąży 300 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, natomiast Bumm, Runge, Nürnberger, Tausch i inni 302 dni od tej daty, ujmując ogólniej sprawę możliwości zastąpienia (273 dni od daty zapładniającego stosunku plus 28 dni najszerszej rozpiętości skali wahań pomiędzy dwoma miesiączkami, występującemi co cztery tygodnie plus 1 dzień porodu). Z powyższego więc wynika, że dopiero porody przekraczające tę górną fizjologiczną granicę trwania ciąży (302 dni) należy uważac za patologiczne, pod tym względem.

W związku z tem ustawodawstwa cywilne przeważnej liczby państw określają jako górną, jeszcze dopuszczalną, granicę dla prawidłowego czasu trwania ciąży liczbę dni około 302, biorąc jednak za podstawę obliczeń z jednej strony nie pierwszy dzień ostatniej miesiączki, nie samą datę zapładniającego rzekomo stosunku, lecz przypuszczalny okres czasu, w jakim po uwzględnieniu wszystkich danych i porównaniu uzyskanych mogło nastąpić zapłodnienie, a z drugiej strony nie datę wystąpienia objawów rozpoczęcia porodów (bóle porodowe, odejście wód płodowych i t. d.) lecz dzień urodzenia płodu.

Pozorne przenoszenie ciąży poza granicę 280 dni, a poniżej 302 dni nie należą wcale do rzadkości. Dowodzą tego zestawienia całego szeregu klinicystów i badaczy, oparte na dużych statystycznych danych. Schulte oblicza odsetek takich wypadków na 7,04%, a Frigyesi na 4,83%. Rzecz jasna, że im bliższy termin przeciętnego czasu trwania ciąży, tem większy odsetek i naodwrót.

Poza przypadkami ciąży pozornie przenoszonej istnieją jednak jeszcze i przypadki ciąży rzeczywiście przenoszonej, a więc ciąży, których czas trwania wynosi więcej aniżeli 302 dni, licząc od czasu możliwości zastąpienia. Są to już przypadki, które uważać należy za nieprawidłowe pod względem czasu trwania ciąży i odsetek ich w porównaniu z poprzedniemi jest o wiele mniejszy. Dowodzą tego obliczenia

całego szeregu badaczy, które, chociaż nieznacznie odbiegają od siebie, zasadniczo nie przeczą powyższemu twierdzeniu. Odsetek tego rodzaju ciąży oblicza: Füth na 0,14%, Ellermann na 0,3%, Schulte na 0,34%, Winckel na 0,5%, Frigyesi na 1,04%, Schlichting na 1,3%, Ismer na 1,4%, Hecker na 1,8%. W związku z rzadkością przypadków ciąży, trwającej ponad 302 dni, także i sprawy sądowe o ojcostwo dotyczące ciąży ponad ten czasokres przenoszonej należą do stosunkowo rzadkich. (Reuter). Niemniej jednak, ponieważ doświadczenie kliniczne poucza, że spostrzega się także ciąże trwające dłużej niż 302 dni niemożna wykluczyć możliwości i takich spraw sądowych. Dlatego też poród późny posiada z punktu widzenia lekarza - znawcy niemałe praktyczne znaczenie, zwłaszcza, że porody takie uznają też i ustawodawstwa kulturalnych państw, które przyjmują jako pewnik, nie ulegający wątpliwości, istnienie przypadków, wprawdzie stosunkowo rzadkich, przenoszenia ciąży, w których czas jej trwania przekracza ustawowo przepisany termin dla uznania ojcostwa, a w których ojcostwo odnośnego osobnika nie ulega najmniejszej wątpliwości na podstawie danych naukowych. Prawa takich późno zrodzonych dzieci starają się poszczególne ustawodawstwa chronić. Z tego też względu dopuszczają dla przeprowadzenia dowodu znawców sądowych, którzy orzekają po uwzględnieniu wszelkich okoliczności danej sprawy.

Zadanie tych znawców bywa częstokroć dosyć trudne. Rozstrzygnięcie sprawy ułatwia poza innymi w wysokim stopniu istnienie dokładnych danych o nowonarodzonym płodzie, które można jednak przyjąć bez zastrzeżeń tylko wtedy, gdy poród odbywa się w zakładzie położniczym, notującym szczegółowo cechy urodzonego jaja, a więc tak płodu, jak i łożyska, do których w pierwszym rzędzie zaliczamy wielkość, wagę, wymiary poszczególnych części ciała i t. d. W codziennych jednak sprawach, dotyczących dochodzeń o ojcostwo, nie znamy zazwyczaj tych danych. W najlepszym razie są nam wiadome poza datą porodu, czasem długość i waga płodu, a wyjątkowo waga lub wymiary łożyska. Natomiast zwykle znamy dane, tyczące się dat odnośnych stosunków płciowych i ostatniej miesiączki, oparte na podaniach kobiety, rzadko popartych zeznaniami osób postronnych.

Podania zaś takie mogą być częstokroć nieścisłe w związku z mimowolnie popełnionymi błędami, lub też celowem wprowadzaniem w błąd, co szczególnie i często zdarzało się w czasach wojennych z łatwo zrozumiałych względów. W wielu wypadkach pozwoli na ujawnienie wartości zeznań, dokładne zbieranie wywiadów, polegających na stawianiu odpowiednich pytań, np. na podstawie jakich danych określa

odnośna kobieta datę miesiączki lub zapładniającego stosunku właśnie na podane przez siebie dni.

Przeprowadzanie jednak badań w tym kierunku jest, zdaniem naszem, zadaniem raczej czynników sądowych, a nie lekarza - znawcy, któremu powinny zostać przedłożone dokładne protokóły przesłuchania stron w celu umożliwienia mu dokładnego zapoznania się z tokiem sprawy i momentami, mającemi dla niego znaczenie.

W sądowych bowiem sprawach o ojcostwo w wypadkach przenoszonej ciąży znawca, chcąc wydać sprawiedliwą opinję, musi rozważyć cały szereg przeróżnych momentów. Niejednokrotnie zachodzą okoliczności mogące spowodować popełnienie błędu, powstałego bez jego zawinienia, a na dowód jakiej ostrożności wymaga wydawanie orzeczeń w tych razach, pozwolimy sobie w krótkości przytoczyć pouczający przypadek, opisany przez E n g e l h o r n a.

E n g e l h o r n został zawezwany jako znawca sądowy w sprawie o zaprzeczenie ojcostwa przez męża kobiety, która urodziła płód długości 56 cm, wagi 4100 gr w 367 dniu po stosunku, a w około 374 dni po dacie wystąpienia ostatniej miesiączki wedle jej zeznania. Poród żywego płodu nastąpił dnia 3.4.1916. Działo się to więc w czasie wojny. Mąż, który bawił na urlopie do dnia 2.4.1915 r., zaprzeczył ojcostwa. Matka dziecka twierdziła, że nie miała stosunku z żadnym innym mężczyzną i gotowa była na to przysięgać. Ponieważ płód w tym wypadku był nadmiernie duży i posiadał nadmierną wagę, nie można było, pomimo nawet tego, że urodził się żywy i siłami natury, bez pomocy jakiegokolwiekbądź zabiegu położniczego, wykluczyć możliwości nadmiernie długiego trwania ciąży. Sprawę jednak wyjaśnił fakt, że dnia 28.8.1915, a więc w pięć miesięcy po odjeździe męża na front, kobieta ta zgłosiła się do badania w Klinice uniwersyteckiej i odnośne zapiski wykazały, że była wtedy dopiero w drugim miesiącu ciąży. Musiała więc zajść w ciążę najwcześniej z końcem czerwca. Przypadkowi tylko więc można było zawdzięczać uniknięcia pomyłki sądowej w tym wypadku. Kobieta bowiem nie podała, że była badana w Klinice, a odnośne księgi przeszukano jedynie tylko z inicjatywy znawcy.

Wydawaćby się mogło, że w orzeczeniach o przenoszonej ciąży w wypadkach wątpliwego ojcostwa powinno mieć znaczenie stwierdzenie istniejących momentów uzyskanych w czasie badania danej kobiety, które mogą, lub mają, mówiąc ściślej, wpływać na przedłużenie czasu trwania ciąży. Doświadczenie jednak kliniczne poucza, że czynniki, które w tej sprawie wchodzą w grę, mogą lecz nie muszą wpływać na przedłużenie czasu trwania ciąży, a o ile wogóle go przedłużają to nie więcej, jak kilka, lub conajwyżej kilkanaście dni. Do czynników takich za-

liczamy: wiek kobiety, ilość poprzednio przebytych porodów, odżywienie matki, czynniki konstytucjonalne (I s s m e r, O p i t z, M a y e r, B o s s i), niezmiernie spokojny tryb życia (A s t e n g o), wady rozwojowe płodu (W i t t e n b e c k, F r i g y e s i), i t. d. Spostrzeżenia jednak dotyczące tej sprawy nie są na tyle ścisłe, żeby można uważać je za pewniki naukowe, są to raczej hipotetyczne twierdzenia pojedyńczych autorów, oparte bądźto na obserwacji pojedyńczych przypadków, bądź też na logicznej kalkulacji naukowej, wymagające bezwzględnie potwierdzenia.

Nie ulega jednak najmniejszej wątpliwości, że przenoszenia ciąży ponad 302 dni, czyli tak zwane prawdziwe przenoszenia ciąży spotykamy w praktyce, pomimo, że musimy się przyznać, iż właściwie przyczyn tego zjawiska, ani jego powodów nie znamy. Przypadki takie, jak wspominaliśmy, są stosunkowo nieczęste. Częstotliwość ich maleje w miarę zwiększenia się czasu przenoszenia ciąży w stosunku do prawidłowego jej trwania, tak, że już ciąże, trwające ponad 330 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, należą do niepomiernych rzadkości. Możnaby dla nich stworzyć określenie n i e z w y k l e d ł u g o p r z e n o s z o n y c h c i ą ż y. W dostępnem nam piśmiennictwie stwierdzić mogliśmy, że dotychczas opisano zaledwie 11 przypadków nieulegających wątpliwości tych niezwykle długo przenoszonych ciąży, a więc ciąży, trwających poza okres 330 dni.

T a b l i c a:

L	Nazwisko autora	Czas trwania ciąży liczony od dnia pojawienia się ostatn. mies.	P ł ó d							Poród	
			żywy	martwy	zmacerowany	zmarły w czasie ciąży	zmarły w czasie porodu	długość w cm.	waga w gr.	samoistny	operacyjny
1	Füth	334	1					57	4500		1
2	Rissmann	336		1	1	1		?	4250	1	
3	Samuel Füth	339	1					54	3900	1	
4	Bäcker	340		1	1	1		b. duży		1	
5	Resnikow	342		1	1	1		?	?	1	
6	Tausch	343	1					56	5000		1
7	Krevet	344		1	1	1		53	?	1	
8	Porchownik	351		1			1	56	3480		1
9	Füth	355		1			1	57	4123		1
10	Wittenbeck	360	1					53	4700		1
11	Füth	376		1	1	1		52	3330	1	
	R a z e m 11		4	7	5	5	2			6	5

Przypadki te zestawiliśmy, dla uzyskania przejrzystości i należytej orjentacji, w poniższej tablicy, uwzględniając w nich te momenty kliniczne, które mają znaczenie w omawianem przez nas zagadnieniu.

Z powyższego zestawienia rzuca się w oczy kilka momentów, które w rozstrzyganiu interesującego nas zagadnienia mogą mieć pewne znaczenie. Zastanówmy się więc pokrótce nad niemi.

Wziąwszy pod uwagę moment śmiertelności płodu w wypadkach ciąży przenoszonej ponad 330 dni, licząc od czasu ostatniej miesiączki, stwierdzić możemy, opierając się na danych z piśmiennictwa, uwzględnionych w naszej tablicy, że przeważna część płodów rodzi się w tych wypadkach nieżywo. Na zestawionych bowiem 11 przypadków zaledwo tylko w czterech urodziły się płody żywe (Przypadki 1, 3, 6, 10) w siedmiu zaś (Przypadki 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11) urodziły się nieżywe. Na podstawie więc powyższego zestawienia przyjąć musimy, że mniej więcej w dwóch trzecich ogólnej liczby przypadków ciąży przenoszonych poza 330 dni, licząc od daty wystąpienia ostatniej miesiączki, płody rodzą się nieżywe. Z nieżywo urodzonych, jak to wynika z naszej tablicy, obumiera w czasie ciąży, wykazując cechy płodu zmacerowanego, około dwie trzecie w stosunku do zmarłych w czasie porodu (Przypadki 2, 4, 5, 7, 11), a więc tylko około jedna trzecia obumiera w czasie porodu (Przypadek 8 i 9). Z płodów żywo urodzonych w zajmującym nas terminie, trzy zostały urodzone z pomocą zabiegu operacyjnego (Przypadki 1, 6 i 10), a jeden tylko urodził się samoistnie bez pomocy lekarskiej (Przypadek 3). Z tego wysunąć należy bezpośrednie wnioski, że w przeważnej części przypadków niezwykle długo przenoszonych ciąży, a więc ciąży trwających poza okres czasu 330 dni, licząc od pierwszego dnia miesiączki, płody rodzą się przeważnie nieżywe, obumierając w większości przypadków w czasie ciąży, a o wiele rzadziej w czasie porodu; płody zaś żywo urodzone należą do rzadkości, przyczem w przeważnej części przypadków uzyskać się je daje tylko z pomocą odpowiednich położniczych zabiegów operacyjnych. Poród płodu żywego, siłami natury, bez zastosowania jakiegokolwiek odpowiedniego zabiegu lekarskiego, po ciąży trwającej powyżej 330 dni od daty ostatniej miesiączki należy do niepomiernej rzadkości. W odnośnem piśmiennictwie opisano dotychczas tylko jeden taki przypadek.

Drugim niemniej ważnym momentem, ułatwiającym bezsprzecznie rozstrzygnięcie sprawy w przypadkach niezwykle długo przenoszonej ciąży, są cechy urodzonego płodu (zestawione w naszej tablicy), z których jako najważniejsze wymienić należy długość i wagę płodu i które też zkolei rzeczy teraz pokrótce omówimy.

Z ogólnych danych statystycznych, opartych na bardzo dużym

materjale klinicznym, wiemy, że płody zrodzone na czasie posiadają pewne określone wymiary i pewną określoną wagę. Z wymiarów płodu najczęściej wiadomą jest jego długość, która według obliczeń I s s n e r a wynosi u płodów donoszonych przeciętnie 50,3 cm. Waga zaś płodu donoszonego i na czasie zrodzonego waha się przeciętnie od 3000 do 3500 gr. Nierzadko jednak wydarza się, że płody donoszone i urodzone na czasie posiadają długość i wagę większą. Nawet są opisane przypadki, w których długość płodów zrodzonych na czasie dochodziła do 58 cm (A h l f e l d), a waga do 6000 gr. (F o s k u e), a nawet do 7470 gr (K l e i n h a u s). Są to tak zwane płody olbrzymie, z któremi spotykamy się w wypadkach ciąży trwających prawidłowo w 2,6% do 5,87% (W i n c k e l, F u c h s, H o c h s t ä t t e r, S t a r c k e, A s t e n g o, B l a u, C h r i s t o f e l e t t i).

Natomiast o wiele częściej spotykamy płody olbrzymie w wypadkach ciąży przenoszonych. (S t u m p f, K r a t t e r, F r i t s c h). Z ogólnej liczby olbrzymich płodów przypada na ciąże przenoszone około 3/4 (M a r t i u s). Jak z powyższego widać, nie wszystkie płody „olbrzymie", jak je nazywamy, są płodami przenoszonymi, względnie pochodzą z ciąży za długo trwającej. Przyczyną bowiem nadmiernej wielkości płodu może być nietylko za długie trwanie ciąży, przez co rozwijający się w łonie matki płód zyskuje czas do dalszego wzrostu, lecz także i nadmiernie szybko postępujący wzrost płodu w okresie prawidłowego czasu trwania ciąży. W pierwszym wypadku wielkość i waga płodu, jak nas poucza doświadczenie kliniczne, wzmagają się proporcjonalnie do czasu trwania ciąży (B l a u, C h r i s t o f e l e t t i), tak, że twierdzić możemy, iż czas trwania ciąży i wielkość płodu pozostają ze sobą w ścisłym stosunku (A s t e n g o, J a g o b y i G o s s r a u). W drugim wypadku nadmiernie szybki i nadmierny wzrost płodu, spostrzegany w pewnej liczbie fizjologicznie długo przebiegającej ciąży, może być wynikiem całego szeregu różnych przyczyn. Odgrywają tu, np. rolę czynniki dziedziczne, pozostające w związku z nadmiernym wzrostem któregoś z rodziców lub dziedzicznem rodzeniem nadmiernie dużych płodów (P i n a r d, E t t i n g h a u s), lub czynniki chorobowe, jak między innemi, np. cukrzyca u matki i to bez względu na to czy leczona, czy nieleczona (F i s c h e r, K o l o r n i, O f f e r g e l d, J a s c h k e). Te wszystkie sprawy muszą być brane w rachubę w zajmujących nas spornych zagadnieniach.

Rozpatrzmy teraz z tego punktu widzenia zebrane przez nas przypadki, starając się uzyskane dane zużytkować w rozstrzygnięciu zagadnienia przenoszenia płodu ponad 330 dni trwania ciąży. Z przytoczonej tablicy wynika, że we wszystkich przypadkach, w których auto-

rowie podali ciężar płodu, ciężar ten sięgał maksymalnych granic wielkości prawidłowego płodu, względnie nawet je przekraczał. Waga bowiem tych płodów wahała się od 3330 do 5000 gr. W trzech przypadkach nie dochodziła do 4000 gr (Przypadki 3, 8, 11), a w pięciu przekraczała 4000 gr. (Przypadki 1, 2, 6, 9 i 10), w jednym z nich dochodząc nawet do 5000 gr (Przypadek 6). Z przypadków żywo zrodzonych płodów w liczbie czterech we wszystkich waga przekraczała wydatnie przeciętną normę, wahając się od 3900 gr do 5000 gr (Przypadki 1, 3, 6, 10), Z tego wynika, że płody zrodzone w czasie trwania ciąży poza 330 dni cechują się przynajmniej w większości przypadków nadmiernie dużą wagą, co tem wyraźniej się zaznacza, o ile weźmiemy pod uwagę płody urodzone żywe. A to dla tego, bo — jak wiadomo powszechnie — śmierć płodu w łonie matki, a więc i zahamowanie dalszego jego wzrostu może nastąpić wcześniej i to na dłuższy okres czasu przed datą porodu, co szczególniej uwidacznia się w przypadku opisanym przez F ü t h a, a umieszczonym w tablicy naszej pod liczbą L. 11, w którym poród nastąpił w 376 dni po zastąpieniu, a płód urodzony posiadał wagę 3330 gr, lecz wykazywał równocześnie cechy płodu obumarłego w ciąży w postaci zmacerowania i rzeczywiście obumarł w ciąży. Z przytoczonej tablicy wynika także, że i wymiary wzrostu płodu w zebranych przez nas wypadkach przekraczają przeciętną normę, wahając się od 53 cm do 57 cm długości, a temsamem wkraczają w granicę długości tak zwanych płodów olbrzymich, z wyjątkiem ostatniego na tablicy przypadku F ü t h a, w którym długość płodu wynosiła 52 cm, lecz w którym śmierć płodu nastąpiła w czasie ciąży, a temsamem wzrost jego został zahamowany przed datą urodzenia, która nie pokrywała się z datą śmierci płodu.

Tak zatem nadmierna waga płodu, jak i nadmierna jego wielkość nie są bezwzględnym dowodem niezwykle długo przenoszonej ciąży, a więc ciąży sięgającej poza czasokres 330 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki. Z drugiej, jednak strony nie da się zaprzeczyć, że prawie wszystkie płody przenoszone poza czas trwania ciąży 330 dni, (licząc od wystąpienia ostatniej miesiączki) cechują się w mniejszym lub większym stopniu nadmiernie wielką wagą, lub nadmiernie wielkim wzrostem, albo równocześnie jednym i drugim w stosunku do przeciętnych norm, o ile nie umarły przed czasem porodu i nie rodzą się zmacerowane (Przypadek 11).

W związku z nadmierną wielkością i wagą płodu spostrzegamy także i pewne nieprawidłowości popłodu w wypadkach niezwykle długo przenoszonych ciąży, a więc ciąży, trwającej ponad 330 dni, obliczonej od pierwszego dnia ostatniej miesiączki. Dotyczą one w pierw-

szym rzędzie łożyska i pomimo, że rzadko stanowią materjał dowodowy w sprawach sądowych, to przecież wspominamy o nich z obowiązku. Mianowicie łożyska płodów zrodzonych po 330-tym dniu trwania ciąży, liczonej od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, cechują się nadmierną wielkością i wagą, dochodząc częstokroć do 700 a nawet 900 gr wagi (Zangemeister, Lehn, Jacoby, Starcke, Kaul). Ta nadmierna wielkość łożyska jest też najprawdopodobniej przyczyną, że w okresie trzecim porodu, w czasie odklejania się łożyska, przychodzi częstokroć do krwawień (Starcke), co jednak wydarzać się może także i w porodach odbytych na czasie i dlatego nie posiada większego znaczenia dowodowego.

Uwzględniając powyżej omawiane spostrzeżenia, uzyskane na podstawie krytycznego rozpatrywania ogłoszonych dotychczas przypadków niezwykle długo przenoszonych ciąży musimy stwierdzić, że w rozstrzyganiu zajmującego nas zagadnienia biologicznego i w orzeczeniach sądowych, dotyczących sprawy przenoszenia ciąży poza 330 dni, licząc od daty miesiączki, możemy oprzeć się na pewnych danych klinicznych, pozwalających do pewnego stopnia i w niektórych przynajmniej przypadkach na wysnucie odpowiedniego wniosku. Z danych klinicznych, spotykanych w wypadkach niezwykle długo przenoszonych ciąży, a więc ciąży trwających ponad 330 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, wymienić należy spostrzeżenia, że:

1) poród płodu żywego po tak długim trwaniu ciąży należy wogóle do rzadkości (dotychczas opisano przypadków takich tylko cztery);

2) poród płodu żywego po tak długim trwaniu ciąży, siłami przyrody bez zastosowania jakiegoś zabiegu położniczego jest zjawiskiem jeszcze rzadszym (dotychczas opisano zaledwie jeden taki przypadek);

3) przeważna część takich płodów rodzi się nieżywa i zmacerowana;

4) płody żywo urodzone w ciąży trwającej ponad 330 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki, są w porównaniu do płodów zrodzonych w prawidłowym terminie czasu trwania ciąży nadmiernie duże;

5) płody te posiadają także nadmierną wagę; wreszcie

6) łożyska tych płodów cechują się nadmierną wielkością.

Mając na uwadze te dane, zebrane z odnośnego piśmiennictwa, a także dane zebrane z akt sprawy oraz wyniki badania stanu zdrowia H. L. wydaliśmy następującej treści sprawozdanie sądowo - lekarskie (w streszczeniu).

Wyciąg z aktów sądowych: Dnia 12 sierpnia 1931 urodziła H. L. w szpitalu w N. H. dziecko płci żeńskiej, wagi

3550 g, 52 cm długie, prawidłowo zbudowane i rozwinięte. H. L. została przyjęta do tego szpitala w dniu 3 czerwca 1931. Wówczas to w czasie badania, przeprowadzonego w szpitalu, stwierdzono u niej objawy wskazujące na to, że znajduje się ona w 8-mym miesiącu ciąży. Poród płodu odbyła prawidłowo. Przynajmniej w załączonych aktach niema żadnej wzmianki o tem, ażeby w czasie porodu zauważono jakąś nieprawidłowość poza trudnościami w odejściu łożyska. Według zeznań H. L. ostatni stosunek z mężem miała mieć pomiędzy 1 a 16 sierpnia 1930. Datę ostatniej miesiączki podała na rozprawie sądowej na koniec lipca 1930.

S. L., mąż badanej, zaprzecza ślubności urodzonego przez H. L. dziecka, motywując to tem, że skoro poród tego dziecka nastąpił 12 sierpnia 1931 nie mógł on spłodzić urodzonego przez H. L. dziecka, obcując z nią poraz ostatni przed 16 sierpnia 1930. Nie może temu przeczyć także twierdzenie jego żony H. L., iż opóźnienie porodu nastąpiło wskutek jej ciężkiej choroby wątroby, jaką miała przebyć z końcem ciąży. Od dnia 16 sierpnia 1930 r. nie mieszkał z żoną i nie miewał z nią stosunków cielesnych.

Przesłuchani przez Sąd Okręgowy Grodzki w K. H., lekarze biegli w osobach Dr. I. N. i Dr. K. P. oraz przez Sąd Grodzki w M., w osobie Dr. A. K. podali, iż — przyjmując datę 16 sierpnia 1930 r. jako ostatni dzień wspólnego pobytu małżonków — stwierdzić należy, że rozwiązanie w tym wypadku, o ileby ciąża miała być wynikiem ich współżycia, nastąpićby musiało wcześniej. Data więc porodu odbiega od normy i jest dużo spóźniona. Czas trwania ciąży w tym wypadku, przyjmując datę zapładniającego stosunku na dzień 16 sierpnia 1930 r., wynosiłby, ich zdaniem, od 353 do 358 dni, a więc o wiele dłużej, aniżeli najdłuższy okres ciąży, notowanej dotychczas w odnośnem piśmiennictwie lekarskiem.

Celem zbadania H. L. i wydania opinji o chorobie tejże i o przebiegu jej ciąży, jak również opinji, czy ze stanowiska nauki i praktyki lekarskiej, tak spóźniony poród jest możliwy, przeprowadziliśmy w dniu 23 lutego 1933 r. badanie stanu zdrowia H. L.

P o d m i o t o w e p o d a n i a H. L.: H. L., lat 31, podaje, że nie przechodziła żadnych chorób, któreby wskazywały na obciążenie dziedziczne. W ósmym roku życia przeszła szkarlatynę, oraz schorzenie narządu pokarmowego, bliżej nieokreślone. Pierwszą miesiączkę miała w 20 roku życia, następnie regularne co cztery tygodnie, trwające do ośmiu dni, średnio obfite. Nigdy miesiączka u niej nie zatrzymywała się na dłuższy przeciąg czasu niż cztery tygodnie. Ostatnią miesiączkę miała 20.7.1930 r. Nie roniła. Raz rodziła 12.8.1931 r.

Z końcem lutego poczuła ruchy płodu. W drugiej połowie ciąży przebyła bliżej nieokreślone schorzenie przewodu pokarmowego. Z tego powodu została skierowana do szpitala. Poród płodu odbyła samoistnie, siłami natury, w szpitalu w N. H. Łożysko usunięto w uśpieniu. W połogu gorączkowała przez dni dwanaście. Obecnie czuje się zdrowa.

Wynik przedmiotowego badania H. L: Osoba średnio odżywiona, dobrze zbudowana, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Kościec nie wykazuje żadnych zmian chorobowych, jak również narządy klatki piersiowej. Tak samo narządy jamy brzusznej bez zmian. Nerki także bez zmian. Mocz zupełnie prawidłowy. Narządy rodne wskazują na to, że H.L. przebyła poród, nie wykazują jednak żadnej nieprawidłowości budowy, ani też chorobowych zmian. Pochwa prawidłowo zbudowana, średnio długa i szeroka; wejście do pochwy i srom prawidłowy; część pochwowa walcowata, ujście szparowate; macica w przodopochyleniu, prawidłowego kształtu i wielkości; przydatki bez zmian.

Na podstawie powyższych danych wydaliśmy opinję, że H. L. przebyła w drugiej połowie ciąży bliżej nie dające się określić schorzenie najprawdopodobniej wątroby lub przewodu pokarmowego, objawiające się parciem i boleściami, oraz połączone z biegunką. Z powodu tego była leczona w szpitalu w H. W. Wtedy to wczasie badania nie stwierdzono u niej obecności jakichkolwiekbądź nieprawidłowości, któreby przemawiałyby za tem, iż ciąża mogła była u niej ulec przenoszeniu. Również i w czasie badania w dniu 23 lutego 1933 r. nie stwierdzono u niej żadnych zmian chorobowych, ani w narządach rodnych, ani wogóle w ustroju, któreby wskazywały na to, że skutkiem nich ciąża u H. L. uległa przenoszeniu.

Na podstawie załączonych aktów stwierdzić należy, że H. L. ostatnio miała stosunek ze swoim mężem S. L. najpóźniej w dniu 16 sierpnia 1930 r. Tę datę przyjąć należy jako podstawową dla obliczenia czasu trwania ciąży i daty porodu. Jak wiadomo, przeciętny czas trwania ciąży obliczony według daty ostatniego stosunku wynosi 273 dni. Istnieje jednak pewien odsetek tak zwanych przenoszonych ciąży, w których czas trwania, liczony od daty spółkowania jest dłuższy. Nie może on pomimo wszystko, jak tego dowodzą najnowsze prace, dotyczące tej sprawy, przekraczać 340 dni (Z a n g e m e i s t e r). W przypadku H. L. biorąc za podstawę obliczenia datę 16 sierpnia 1930 r. jako datę ostatniego stosunku z S. L. musimy przyjąć, że czas trwania ciąży wynosiłby w takim razie 361 dni, co jest nietylko nieprawdopodobne, lecz i niezgodne ze stanowiskiem nauki i praktyki lekarskiej. Przyjmując bowiem, że rzeczywiście data 16 sierpnia 1930 r. była datą

zapładniającego stosunku musimy obliczyć dzień porodu na 13 maja 1931 r. a już wyjątkowo w ostatecznym razie na dzień 21 lipca 1931 r. (340 dni trwania ciąży), w żadnym zaś wypadku na dzień 12 sierpnia 1931 r.

Podobnie przedstawia się sprawa, o ile za podstawę obliczenia przyjmiemy datę ostatniej prawidłowej miesiączki. Nadmienić należy, że badana H. L. podała, iż miesiączki miewała zawsze prawidłowo co cztery tygodnie o jednakowem nasileniu. Nigdy u niej miesiączka się nie zatrzymywała, ani też nie spóźniała. Przyjąć więc musimy u niej za prawidłowy cykl miesiączkowy okres cztero-tygodniowy. Na rozprawie zeznała H. L., że miesiączkę miała z końcem lipca 1930 r. W czasie naszego badania w dniu 23 lutego 1933 r. podała dzień 20 lipca 1930 r. jako datę ostatniej miesiączki przed porodem, twierdząc, że dzień ten był pierwszym dniem krwawienia miesięcznego, o zwykłym nasileniu i czasie trwania. Przyjmując jako datę wystąpienie ostatniej miesiączki nawet dzień 31 lipca 1930 r., musielibyśmy wobec daty urodzin w dniu 12 sierpnia 1931 r. uznać, że licząc od dnia wystąpienia ostatniej miesiączki aż do daty porodu ciąża trwała u niej 377 dni. Nadmieniamy, że przeciętny czas trwania ciąży, obliczony według daty pojawienia się ostatniej miesiączki, wynosi 200 dni. Przypadki przekroczenia tego okresu, o ile w dolnych granicach trafiają się często, o tyle w górnych są stosunkowo rzadkie. W szczególności zaś przekroczenia ciąży ponad 330 dni, czyli tak zwane niezwykle długo przenoszone ciąże, należą do niezmiernej rzadkości, a już w żadnym razie w wypadkach urodzenia żywych płodów nie przekraczają liczby 360 dni. Obliczając datę porodu u H. L. według pierwszego dnia pojawienia się ostatniej miesiączki (dzień 31 lipca 1930 r.), to poród powinien nastąpić w warunkach prawidłowych w dniu 7 maja 1931 r. (czas trwania ciąży 280 dni). W warunkach zaś wyjątkowych z chwilą przenoszenia płodu najpóźniej w dniu 29 maja 1931 r. (czas trwania ciąży 302 dni). Nie jest jednak wykluczone możliwość przenoszenia ciąży ponad 302 dni, licząc od pierwszego dnia ostatniej miesiączki. Przypadki takie spostrzega się w pewnym odsetku porodów i można określić je terminem porodów późnych, przyczem przyjmuje się za ich górną granicę czas trwania ciąży 330 dni od daty ostatniej miesiączki. O ilebyśmy u H. L. z takiem zjawiskiem mieli do czynienia, to poród u niej należałoby obliczyć na dzień 26 czerwca 1931 r. (czas trwania ciąży 330 dni). Lecz znane są przypadki przenoszenia ciąży ponad 330 dni, licząc od pierwszego dnia wystąpienia ostatniej miesiączki, które określić możemy terminem niezwykle długo przenoszonych ciąży. Opierając się na tem, że znany jest przypadek, podany w odnośnem piśmiennictwie, w którym poród płodu ży-

wego nastąpił w 360 dniu trwania ciąży od daty ostatniej miesiączki, obliczyć by należało poród u H. L. w najbardziej wyjątkowych warunkach na dzień 26 lipca 1931 r. (czas trwania ciąży 360 dni). Późniejszej daty porodu u H. L. w żadnym wypadku za prawdopodobną przyjąć nie możemy. Należy także nadmienić, że wogóle porody w ciążach trwających ponad 330 dni, licząc od dnia pierwszego ostatniej miesiączki, należą do niezmiernej rzadkości. Dowodzi tego odnośne piśmiennictwo, które notuje zaledwo 11 takich przypadków. Poza tem poucza ono, że wszystkie płody zrodzone po 330 dniach ciąży, licząc od daty ostatniej miesiączki, rodzą się albo zmacerowane, albo nieżywe, albo o ile rodzą się żywe (co należy do niezmiernej rzadkości), to rodzą się przeważnie z pomocą odpowiednich zabiegów położniczych i cechują się olbrzymim wzrostem i bardzo znaczną wagą w porównaniu z płodami zrodzonemi na czasie. Tymczasem w niniejszym przypadku płód H. L. urodził się żywy, prawidłowej wielkości i wagi.

Zebrawszy zatem powyższe wywody dojść musimy do wniosku, że H. L. przebyła w czasie ciąży wprawdzie schorzenie wątroby, czy też przewodu pokarmowego, lecz nie mogło ono spowodować przenoszenia ciąży.

Badanie H. L. przeprowadzone na polecenie Sądu Okręgowego w Krakowie nie stwierdziło u niej żadnych zmian, któreby wskazywały na to, że mogła ona ciążę przenosić.

Przyjąć również należy, że płód urodzony przez H. L. w dniu 12 sierpnia 1931 r. nie mógł być następstwem zapładniającego stosunku z przed dnia 16 sierpnia 1930 r. Nie jest to bowiem możliwe z punktu widzenia nauki i praktyki lekarskiej.

Jak z powyższego widać, wydanie orzeczenia w tym wypadku nie natrafiło na znaczniejsze trudności. Cały szereg danych umożliwił rozstrzygnięcie sprawy. Czasami jednak istnieją przypadki, w których zawiły splot faktów i brak odpowiednich przesłanek powoduje trudności w wysnuciu wniosków. W związku z tem od dawna już starano się uciekać w sprawach sądowych o ojcostwo do pomocniczych i dodatkowych badań, mających na celu ułatwienie orzeczenia.

Duża rozpiętość błędów wywołanych subjektywizmem spowodowała, że momentów podobieństwa nie bierzemy w rachubę w ocenianiu ojcostwa, zwłaszcza, że — jak to uczy codzienne doświadczenie — brak podobieństwa nie wyklucza także ojcostwa w danym wypadku. W wyjątkowych tylko razach stwierdzenie pewnego rodzaju wad rozwojowych u ojca i u dziecka, jako dziedziczących się przy równoczesnem ich braku u matki może mieć pewne znaczenie w orzekaniu sprawy (nadliczbowe palce, zrost palców, nieprawidłowe ukształtowanie się prącia, nie-

prawidłowe ubarwienie tęczówki i t. d.). (Döllner, Hey, Reuter, Sommer), taksamo jak i znalezienie u płodu wybitnych cech odmiennej rasy w wypadkach, gdy ojciec jest innej rasy (Nürnberger, Reuter). Bardzo problematyczne jest także dla rozstrzygania ojcostwa porównywanie linij opuszek palca noworodka z linjami opuszek palców u matki i u rzekomego ojca. Sposób ten, podany przez Nürnbergera i Bonnevie, nie znalazł powszechnego zastosowania i znaczna część badaczy na podstawie przeprowadzonych kontrolnych badań odnosi się do niego dość sceptycznie.

Natomiast, jak to powszechnie wiadomo, w niektórych przypadkach orzeczeń w sprawie o ojcostwo może znaleźć i znajduje zastosowanie, jako pomocnicza metoda badań w pewnych określonych warunkach i przy uwzględnieniu innych towarzyszących okoliczności, tak zwane grupowe badanie krwi. Badanie to polega na naukowo stwierdzonem zjawisku, że w razie zmieszania krwinek czerwonych jednego człowieka ze surowicą krwi drugiego człowieka następuje albo rozmieszczenie się krwinek w tej surowicy mniej lub więcej równomiernie (podobnie jak przy zmieszaniu się tych krwinek z własną surowicą), albo też zbijanie się i zlepianie krwinek w grudki (tak zwana izoaglutynacja). Wszystkich ludzi bez względu na rasy i płeć można zależnie od występowania u nich tego odczynu serologicznego podzielić na cztery tak zwane grupy krwi (Landsteinera). Każda z tych czterech grup charakteryzuje się zarówno obecnością, względnie brakiem własności zlepiających czyli aglutynacyjnych surowicy (izoaglutyniny), jak również obecnością, względnie brakiem własności zlepnych krwinek czerwonych (izoaglutynogeny).

Znane są nam dwie własności zlepne krwinek czerwonych, które oznaczono z pomocą litery „A". i litery „B". Tak samo znane nam są dwie własności zlepiające surowic, które określono literą „α" i literą „β" albo terminem „anti-A" i „anti-B". Stąd istnieje możliwość czterech grup, które oznaczamy dzisiaj w myśl międzynarodowego porozumienia jako „A(β)", „B(α)", „AB(o)" i „O($\alpha\beta$)".

Odnośne badania pouczają, że cechy te krwinek czerwonych t. j. izoaglutynogeny zjawiają się już w życiu płodowem, podczas gdy własności surowic, o których wspominaliśmy t. j. izoaglutyniny, dają się wykazać nieraz dopiero po pierwszym roku życia; dalej że przynależność do pewnej grupy nie zmienia się w ciągu całego życia osobnika pod wpływem jakichkolwiek czynników; wreszcie, że grupy krwi dziedziczą się według prawa Mendla, a mianowicie cechy krwinek „A", oraz „B" przechodzą jako cechy dominujące z rodziców na dzieci, natomiast brak tych własności dziedziczy się recessywnie. Z powyższego wynika, że dla spra-

wy dziedziczenia wchodzą w rachubę przedewszystkiem cechy krwinek czerwonych „A" i „B". Otóż jeżeliby ująć dziedziczenie się tych cech w pewne prawidła, to brzmią one następująco:

1) Rodzice, należący do grupy „A" i „B" mogą mieć albo dzieci, u których pojawiają się cechy „A" i „B", albo dzieci, u których cechy te mogą zniknąć czyli dzieci należące do grupy „O". Natomiast cechy „A" i „B" nie mogą się pojawić u dzieci, jeżeli cech tych nie było u rodziców czyli jeżeli oboje rodzice należą do grup „O" (Dungern-Hirszfeld).

2) Przynależność nawet jednego z rodziców do grupy „AB" wyklucza posiadanie dziecka z grupą „O" i naodwrót przynależność nawet jednego z rodziców do grupy „O" wyklucza posiadanie dziecka z grupą „AB" (Bernstein).

Z dotychczasowego piśmiennictwa, dotyczącego omawianej sprawy, wynika, że przeprowadzono dotąd systematyczne badania nad dziedziczeniem się tych indywidualnych własności krwinek czerwonych w w kilkudziesięciu tysiącach rodzin (Dungern, Hirszfeld, Lattes, Schiff, Jervell, Strassmann i t. d.), przyczem jednak znaleziono kilka rodzin, w których dzieci należały do innej grupy krwi niż rodzice. Te odchylenia od normy starają się tłumaczyć albo błędami w technice albo też tem, że dzieci, urodzone w tych kilku rodzinach, pochodziły przecież jednak z pozamałżeńskiego spółkowania. Pominąwszy tych kilka jeszcze dotąd zupełnie niewyjaśnionych wyjątków, przyjąć należy, że cechy krwinek czerwonych dziedziczą się naogół wedle ustalonych praw przyrodniczych, podanych przez Mendla, i dlatego metoda oznaczania przynależności grupowej krwi w przypadkach stwierdzenia ojcostwa została zastosowana już w dziesiątkach tysięcy procesów sądowych i coraz szersze znajduje użycie.

Z punktu widzenia praktycznego należy podkreślić, że dla zastosowania powyższej metody jest zasadniczo potrzebne badanie krwi dziecka, jego matki i domniemanego ojca, a nadto, że granice możliwości oznaczenia ojcostwa wedle tej metody są ograniczone. Jak bowiem uczy doświadczenie i statystyka, przy badaniu cech „A", „B" i „O" można wykluczyć niesłusznie posądzonego o ojcostwo mniej więcej w 15% przypadków. Odkąd atoli poznano dalsze cechy serologiczne wzrosła jeszcze dalej możliwość wykluczenia ojcostwa. Tyczy się to zwłaszcza cech „M" i „N", przy uwzględnieniu których można wykluczyć ojcostwo w 1/3 części wszystkich przypadków.

Cechy „M" i „N" są zupełnie niezależne od grup „A" i „B", również nie ulegają zmianom w ciągu całego życia pod wpływem jakichkolwiek czynników, przechodzą z rodziców na potomstwo według ogólnych

praw dziedziczenia M e n d l a i znajdują się we krwi poszczególnych osób jużto oddzielnie, jużto razem obok siebie;; nie udało się natomiast dotąd spotkać osobników bez cech „M" i „N". Wynika stąd, że wszystkich ludzi można podzielić według tych cech na 3 grupy t. j. posiadających cechę „M", posiadających cechę „N" oraz posiadających obie cechy „M" i „N".

Wykazywanie obecności we krwi ludzkiej cech „M" i „N" przeprowadza się w ten sam sposób, jak oznaczanie cech grupowych „A" i „B", atoli przy użyciu surowic odpornościowych anti-M i anti N, które się otrzymuje przez wielokrotne uodparnienie królików krwinkami czerwonemi.

Fakt, że dotychczas nie stwierdzono u ludzi braku cech „M" i „N", oraz, że cechy te są przekazywane z rodziców na dzieci według ogólnych praw dziedziczenia pozwala na wykluczenie ojcostwa według następujących prawideł:

1) cecha „M" lub „N" może pojawić się u dziecka tylko wtedy, o ile znajduje się ona także u rodziców. Jeżeli zatem dziecko należące do grupy „MN" pochodzi ze związków rodzicielskich „MM" × „MM" lub „NN" × „NN", wówczas możemy wykluczyć ojcostwo, ponieważ u dziecka znajduje się cecha, której niema u rodziców.

2) Dziecko należące do grupy „M" nie może pochodzić od ojca, posiadającego grupę „N" i naodwrót dziecko, należące do grupy „N", nie może pochodzić od ojca, posiadającego grupę „M".

Z powyższego więc wynika, że metoda oznaczania przynależności grupowej krwi, podobnie jak żadna inna dotychczasowa naukowa metoda, podana w tym celu, nie pozwala z całą stanowczością na przeprowadzenie dowodu, że dany osobnik jest ojcem danego dziecka. Po zbadaniu bowiem krwi matki, dziecka i domniemanego ojca można conajwyżej twierdzić, że przynależność grupowa krwinek czerwonych stwierdzona u domniemanego ojca odpowiada oczekiwaniom, albo też oczekiwaniom nie odpowiada. W pierwszym wypadku zależeć będzie od okoliczności w danym przypadku stwierdzonych w czasie przeprowadzenia przewodu sądowego, jakie znaczenie można przypisać temu wynikowi badania, w drugim wypadku można ojcostwo napewno wykluczyć.

Zatrzymaliśmy się nieco dłużej nad metodą badania grupowego krwi, ponieważ może ona posiadać pewne znaczenie dowodowe przy orzekaniu w przypadkach przenoszenia ciąży. W naszym przypadku nie miałaby ona, jak już wspomnieliśmy. żadnego znaczenia i zastosowania. Jakikolwiek bowiem byłby wynik badania grupowego, ojcostwo S. L. nie mogłoby wchodzić w rachubę z uwagi na omówione już poprzednio okoliczności sprawy.

Jak poucza doświadczenie sądowo - lekarskie jednego z nas (O l-

b r y c h t), metoda oznaczania przynależności grupowej krwi w przypadkach spornego ojcostwa ma przedewszystkiem zastosowanie w procesach alimentarnych. Na 76 przeprowadzonych dla Sądów badań w przypadkach spornego ojcostwa (pierwsze badanie przeprowadzone w roku 1927) chodziło tylko w 1 przypadku o zaprzeczenie prawości rodu, w 1 przypadku o złożenie w sporze alimentacyjnym fałszywej przysięgi, w 1 przypadku o oszustwo przez upozorowanie ciąży i porodu oraz przybranie cudzego dziecka celem uzyskania alimentów, w 1 przypadku o kazirodztwo ojca z nieletnią swą córką; wszystkie natomiast inne pozostałe badania były w związku z procesami alimentacyjnemi.

Prof. Dr. J. OLBRYCHT, Prof. Dr. J. ZUBRZYCKI, Cracovie.

LA PROLONGATION DE LA GROSSESSE AU DELA DU TERME NORMAL DANS LA MEDECINE LEGALE.

Après un discours concernant la durée normale de la grossesse, les auteurs discutent la question des grossesses prolongées au delà du terme, qu'on peut divider strictement en trois groupes: la groupe des grossesses prolongées à cause physiologique et dans les limites physiologiques, dont la durée ne surpasse pas 302 jours, la groupe des grossesses prolongées au delà du terme normal à cause patologique dont la durée surpasse 302 jours et la grupe des grossesses excessivement prolongées, qui durent plus que 330 jours. En se basant sur les cas de grossesse excessivement prolongée deja décrites, ils discutent les moments qui sont d'une valeur dans les procès, commencés à cause de la trop longue durée de la grossesse. Suit la description de leur cas forensique et l'abreviation du prononcé jugal. Definitivement ils reflechissent toutes les preuves expérimentales, qui peuvent être utilisées, quand il s'agit des prononcés concernant la paternité et viennent à la conclusion, que seulement l'examen des groupes du sang, basé sur les modernes méthodes expérimentales, doit être considéré comme significatif pour le problème en question.

Dr. BOLESŁAW POPIELSKI, Asystent Zakładu.

Z KAZUISTYKI SAMOBÓJSTW PRZEZ „HARAKIRI".

(Z Zakładu Medycyny Sądowej U.J.K. we Lwowie. Dyr.: Prof. dr. Wl. Sieradzki).

Uszkodzenia jamy brzusznej ostremi narzędziami w celach samobójczych, często stosowane w Japonji, p. n. „harakiri", należą w Europie do rzadszych sposobów pozbawiania się życia. W literaturze zagranicznej jak też i w krajowej opisano zaledwie kilkanaście przypadków tego rodzaju samobójstw. Obawa przed silnym bólem, który towarzyszy obrażeniom tkanek ostrem narzędziem, zwłaszcza w obrębie jednej z czulszych okolic ciała, jaką jest brzuch, oraz prawdopodobnie świadomość, że przy tym rodzaju samobójstwa śmierć nie następuje natychmiastowo, powoduje zapewne, że wśród ogółu samobójców sposób ten jest niepopularny i wybierany bywa rzadko, w chwilach wyjątkowych silnego zaburzenia czynności psychicznych. Istotnie, we wszystkich niemal przypadkach tego rodzaju dotychczas opisanych stwierdzano u denatów wyraźne zaburzenia psychiczne.

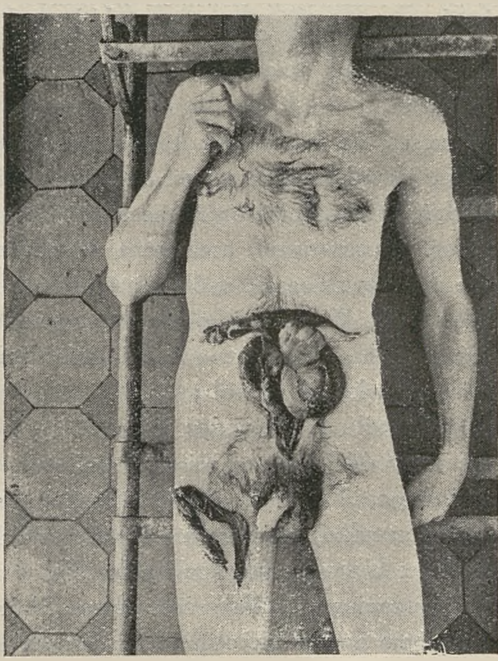
Ze względu na to, że kazuistyka tego rodzaju przypadków jest stosunkowo niewielka i każdy z nich wnosi do piśmiennictwa pewne ciekawe szczegóły, podaję w krótkości opis trzech takich przypadków, które miałem sposobność obserwować, zwłaszcza że udało się w nich zebrać dość dokładne dane tyczące się osób samobójców.

P r z y p a d e k I. W roku 1934, przeprowadzono w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. K. we Lwowie Sekcję zwłok mężczyzny, który pozbawił się życia w ten właśnie sposób:

Streszczenie protokółu sekcyjnego:

Zwłoki mężczyzny 44-letniego, miernej budowy, typu astenicznego, miernie odżywionego, 170 cm długie. Plamy pośmiertne bardzo skąpe, sino - czerwone na tylnej powierzchni ciała. Powłoki ciała i widoczne błony śluzowe blade. U lewej ręki brak palca III, w miejscu jego nasady blizna biaława, pozaciągana, źle przesuwalna. Skóra rąk, przedniej powierzchni tułowia i ud powalana obficie zaschniętą krwią. Na ciele stwierdza się następujące obrażenia: 1) W górnej części brzucha, pod łukiem żebrowym, mniejwięcej równolegle do niego, rana osełkowatego kształtu, poprzecznie ułożona 24 cm długa o gładkich brzegach i ostrych kątach. Rana ta drąży poprzez warstwy skóry do mięśni brzucha, które miejscami powierzchownie nacina. 2) Równolegle do wyżej opisanej rany, powyżej i poniżej niej, w odległości paru centymetrów od niej po jednej linijnej ranie 7 i 10 cm długiej. Rany te o brzegach gładkich nieprzecinają skóry właściwej. 3) W dolnej części brzucha, w linji środko-

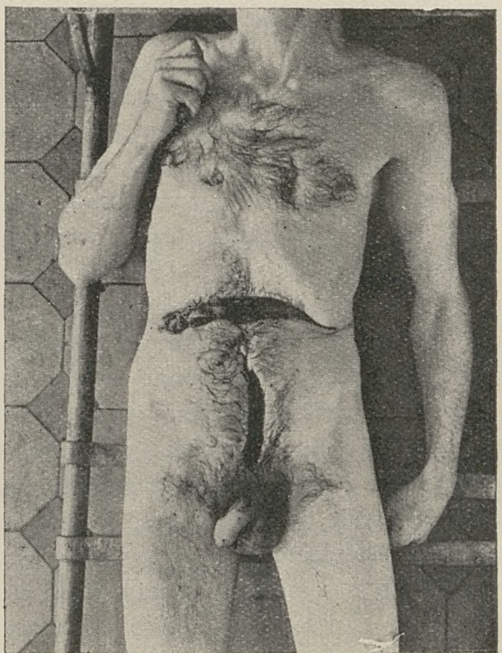
wej ciała, od pępka aż do spojenia łonowego biegnąca, rana osełkowatego kształtu, 14 cm długa, o ostrych kątach i gładkich brzegach, miejscami pozacinanych. W górnej swej części rana ta drąży poprzez wszystkie warstwy powłok brzucha aż do jamy brzusznej, w dolnej drąży do otrzewnej ściennej, której nie narusza. W świetle górnej części rany tkwią dwie pętle jelita cienkiego, sino - czerwono zabarwionego o wyschniętej i pozbawionej połysku otrzewnej. W obrębie jednej z pętli (w odległości 1,5 m od zastawki Bauhin'a) stwierdza się brak ciągłości jelita. Doi odgłowowe końce przerwanego jelita podbiegnięte krwią posiadają brzegi częściowo gładkie, częściowo strzępiaste. Krezka jelita w miejscu przerwania ciągłości jelita obficie krwią podbiegnięta, o nierównym, pozacinanym brzegu. Wszystkie opisane rany skąpo krwią podbiegnięte (dokładny opis zastępują załączone zdjęcia fotograficzne).



W pionowej ranie tkwią wypadnięte pętle jelit. Kawałek odciętego jelita leży na udzie prawym. (Zwłoki umyte z krwi).

Poza opisanemi obrażeniami nie stwierdzono na ciele innych obrażeń. Oględziny wewnętrzne wykazały ogólne niedokrwienie narządów, niewielkie ognisko gruźlicze zwapniałe w szczycie płuca prawego, nieznaczne zmiany miażdżycowe w błonie wewnętrznej aorty (wąskiej, bo

zaledwie mającej 6 cm w obwodzie opuszki). W sieci wielkiej, odpowiednio do pionowej rany brzucha otwór owalny o nierównych brzegach, w świetle którego znajdowały się pętle jelita wypadnięte nazewnątrz jamy brzusznej. Jama brzuszna nie zawierała krwi, otrzewna jelit znajdujących się wewnątrz jamy brzusznej bez zmian. Wraz ze zwłokami dostarczono niezależnie kawałek jelita cienkiego ludzkiego 43 cm długi, sino - czerwono zabarwiony o matowej wyschniętej otrzewnej, o brzegach na obu końcach częścią gładkich, częścią strzępiastych, krwią podbiegniętych.



Rany brzucha uwidocznione po odprowadzeniu wypadniętych pętli jelitowych.

Rozpoznanie i przyczyna śmierci: Rany cięte brzucha. Wypadnięcie i częściowe wycięcie jelit cienkich. Anemja narządów.

Streszczenie przeprowadzonych dochodzeń policyjnych:

Zwłoki denata znaleziono w małej izdebce (kuchence) zupełnie nagie, leżące na wznak, na materacu rozłożonym na ziemi pokrytym pościelą. Podłoga obficie krwią powalana zwłaszcza pod materacem, natomiast materac i pościel stosunkowo mało krwią powalane (denat widocznie już po zranieniu się i zakrwawieniu podłogi ściągnął z obok stojącego łóżka materac i położył się na nim). W opodal stojącem wiadrze

blaszanem około 5 litrów płynu krwawo zabarwionego, parę skrzepów krwi oraz kawałek jelita pływający na powierzchni. Szafa stojąca obok zbryzgana kropelkami krwi. W niedalekiej odległości od denata leżała otwarta brzytwa powalana krwią.

Stwierdzony na sekcji brak innych obrażeń mogących świadczyć o stoczonej walce, umiejscowienie i kierunek ran, obnażenie ciała denata i pozycja zwłok, oraz inne szczegóły przeprowadzonego śledztwa pozwoliły na ustalenie, że denat popełnił niewątpliwie samobójstwo.

Śmierć nie nastąpiła jednak natychmiastowo, gdyż jak wynika z wyżej przytoczonych szczegółów, denat po zadaniu sobie tak rozległych obrażeń, musiał jeszcze wykonać szereg czynności.

Przebieg życia denata.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Urodził się w 1880 roku. Był normalnem, łatwem do wychowania dzieckiem. Przebył odrę i szkarlatynę. Mimo zdolności do nauki zaprzestał w 2 kl. gimnazjalnej nauki, nie chcąc się uczyć i ukończywszy szkołę przemysłową, poświęcił się krawiectwu. Od roku 1911 służył w wojsku i w czasie wojny był ranny w rękę, tracąc środkowy palec lewej ręki. W r. 1917 na froncie włoskim zapadł na chorobę umysłową; przebywał również przez cztery dni w Zakładzie dla chorych umysłowych w Kulparkowie, poczem na żądanie rodziny został wypisany. U chorego rozpoznano wtedy „Dementia paranoides" i zdolność zarobkową uznano za zmniejszoną do 100%. W krótki czas potem wstąpił jako ochotnik do wojska polskiego, dosługując się stopnia kaprala żandarmerji i pełniąc swe obowiązki ku zadowoleniu przełożonych. Komisje lekarskie badając denata w tym czasie stwierdziły zdolność do mało odpowiedzialnej pracy w wojsku. W r. 1921 został zwolniony jako inwalida 30% z powodu utraty palca środkowego ręki lewej. Badanie lekarskie w r. 1925 stwierdziło u denata zahamowanie psychiczne, podejrzliwość, nieufność i hypochondrję, wykluczając zdolność do służby wojskowej. W tym czasie denat utrzymywał się z renty inwalidzkiej i z krawiectwa, mieszkał sam, przez rodzinę uważany za człowieka nerwowego i złego. Na trzy tygodnie przed samobójstwem komisja lekarska dla spraw inwalidzkich obniżyła mu niezdolność do pracy do 25% oraz wdrożono postępowanie do rewizji pobierania renty inwalidzkiej, grożące zupełnym pozbawieniem renty. Równocześnie zaliczono go do kategorji „E" § 40 (choroba umysłowa ulegająca nawrotom stwierdzona przez instytucję publiczną).

Jak wynika z powyższego przebiegu życia, denat przeszedł w 27 roku życia ostre zaburzenie psychiczne, które rozpoznano jako „dementia paranoides", a więc schorzenie należące do grupy schizophrenji. Schorzenie to pozostawiło niewątpliwie trwałe ubytki psychiczne w umysło-

wości denata, stwierdzane potem przez kilkakrotne komisje lekarskie. Poważne urazy psychiczne jak pozbawienie pracy oraz groźba utraty renty, będącej jedynem i skromnem źródłem utrzymania, są dostatecznym i proporcjonalnym do wielkości urazu motywem samobójstwa, nawet dla osobników względnie normalnych o mniejszej wartościowości psychicznej. W wypadku tym nie dziwi nas fakt pozbawienia się życia denata, lecz uderza sposób jego wykonania, który bezsprzecznie stoi w związku, ze stwierdzonem za życia schorzeniem umysłowem denata.

P r z y p a d e k II. W lutym 1935 r. przywieziono na oddział chirurgiczny Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie 24-letniego bezrobotnego montera, który w celach samobójczych zadał sobie ranę kłutą w brzuch. Przy badaniu stwierdzono u mężczyzny średniej astenicznej budowy, miernie odżywionego, na brzuchu w dołku podsercowym, nieco po stronie lewej, ranę cięto-kłutą 2 cm. długą, drążącą poprzez powłoki wgłąb jamy brzusznej. Powłoki brzuszne silnie napięte, bolesne. Operacyjne otwarcie jamy brzusznej wykonane bezzwłocznie, wykazało na przedniej ścianie żołądka otwór odpowiadający ranie skórnej. Otwór ten i ranę skórną zaszyto, w ranie pooperacyjnej pozostawiono sączek. W przebiegu pooperacyjnym wystąpiło ropienie powłok brzucha w otoczeniu rany operacyjnej, oraz ropień zagłębienia pęcherzowocdbytniczego, które to komplikacje bez leczenia operacyjnego ustąpiły i chory w pięć tygodni po wypadku, wyleczony opuścił szpital.

Wywiady, których udzielił sam chory w czasie badania psychjatrycznego: Wywiady rodzinne bez znaczenia. W dzieciństwie tyfus, pozatem zawsze był zdrów. Ukończył 7 klas szkoły powszechnej oraz 3-letnie kursy dokształcające. Ostatnio jako monter nieźle zarabiał. Pije okazyjnie, nie pali, chorób wenerycznych nie przechodził. W wojsku nie służył (kateg. ,,C"). Straciwszy pracę, nie mógł pomagać rodzinie, którą bardzo kochał i przez kilka miesięcy cierpiał wraz z nią głód i nędzę. W ostatnich dwóch dniach przed popełnieniem zamachu samobójczego nie miał niczego w ustach. W dniu samobójstwa kupił sobie nóż, mając zamiar przebić sobie serce. W chwili samobójstwa był tak zdenerwowany, że wbił sobie nóż ,,gdziebądź byle jaknajprędzej umrzeć", pchnął wpierw w okolicę dolnych żeber, natrafiwszy jednak na opór pchnął po raz drugi w okolicę dołka podsercowego. Wyobrażał sobie że bezpośrednio po pchnięciu nastąpi śmierć. Po pchnięciu uczuł silny ból i uczucie gorąca. Pobiegł parę kroków do znajomych i tam zemdlał, pogotowie ratunkowe odwiozło go do szpitala. Zamach wykonał na uliczce podmiejskiej a pchnięcia zadawał sobie przez koszulę, nie uszkadzając zewnętrznego ubrania.

Badanie psychjatryczne wykonane po powrocie chorego do zdrowia nie wykazało wprawdzie u badanego schorzenia umysłowego, lecz wyraźne podłoże psychopatyczne, które określono rozpoznaniem schizoidu hyperestetycznego.

P r z y p a d e k III. Jest to właściwie przypadek samobójstwa kombinowanego, w którem jednym ze sposobów usiłowania pozbawienia się życia było uszkodzenie brzucha przy pomocy narzędzia ostrego. W lutym 1935 r. zmarła w Państ. Szpitalu Powszechnym we Lwowie po dwudniowym pobycie 70-letnia kobieta, którą przewieziono do szpitala w stanie nieprzytomnym.

Sekcję zwłok przeprowadzono w Zakładzie Medycyny Sądowej U.J.K. we Lwowie. Przy oględzinach zewnętrznych stwierdzono, u kobiety wątłej budowy i licho odżywionej, na brzuchu powyżej spojenia łonowego, ranę owalną poprzecznie ułożoną 7 cm długą, 4 cm szeroką o dość równych, miejscami pozacinanych brzegach, drążącą jedynie do tkanki tłuszczowej podskórnej, podbiegniętej krwią. Rana ta znajdowała się w obrębie fałdu utworzonego przez obficiej w tym miejscu rozwiniętą tkankę tłuszczową podskórną a wygląd jej przemawiał za tem, że powstała skutkiem działania narzędzia ostrego, stycznie do powłok brzucha ustawionego (powstała zatem przez odcięcie kawałka wspomnianego fałdu tkanki tłuszczowej). Oględziny wewnętrzne wykazały zanik substancji korowej mózgu, ogólną, znacznego stopnia, miażdżycę naczyń krwionośnych, odoskrzelowe zapalenie płuc, zwyrodnienie i przewlekłe bliznowate zapalenie mięśnia sercowego oraz obecność kilku metalowych ciał obcych w żołądku (Gwoździe dochodzące do 8 cm długości, splecione w węzeł otwarte agrafki, spinki do włosów, moneta 5-groszowa). Przeprowadzone dochodzenia policyjne wykazały, że denatka od dłuższego czasu nosiła się z zamiarem zamachu samobójczego, kilkakrotnie usiłowała go wykonać (położenie się na mrozie, wypicie denaturatu) a przez otoczenie uważana była za umysłowo nienormalną. Zawodu nie posiadała żadnego, czytać i pisać umiała. Krytycznego dnia zauważył ją jeden z przechodniów, stojącą na ulicy, pokrwawioną, z nożem w ręku manipulującą nim w ustach. W torebce porzuconej obok znajdowały się złamane nożyczki. Po przeniesieniu denatki do pobliskiego domu wystąpiły u denatki kilkakrotne wymioty, z których dała się wyczuć wyraźna woń spirytusu denaturowanego, poczem chora straciła przytomność i w tym stanie przywieziona została do szpitala. Na przedniej stronie koszuli silnie pokrwawionej stwierdzono otwór, odpowiadający umiejscowieniem i kształtem wyżej opisanej ranie na brzuchu. W przypadku tym przeprowadzone dochodzenia i wynik sekcji wskazują z całą pewnością na to, że denatka była umysłowo chorą, a schorzenie jej stało za-

pewne w związku ze starczemi zmianami w centralnym układzie nerwowym.

Poza wyżej opisanemi bezpośrednio obserwowanemi przypadkami, wspomnę o przypadku, który obserwował przed kilku laty, we Lwowie, jeden z lekarzy sądowych, o przypadku tym nie posiadam dokładniejszych danych. Dwudziestokilkoletni młodzieniec spędziwszy noc na pijatyce z dziewczyną uliczną, w jednym z hotelików, nad ranem zadał swej towarzyszce parę ran brzytwą, poczem sam usiłował pozbawić się życia przez poderżnięcie sobie gardła i rozcięcie brzucha. Zadane rany na szyi przecinały krtań, zaś na brzuchu przedstawiały się jako długie pionowo biegnące cięte rany; rany te w krótki czas potem uległy zagojeniu; uszkodzenie krtani spowodowało następowe zaburzenia mowy.

Dotychczas ogłoszono w literaturze szereg podobnych przypadków, które, dla wyczerpania tematu w krótkości streszczam:

Przyp. M. Laugier'a (1) 63-letnia umysłowo chora zadała sobie długim nożem ogółem 145 cięć w okolicę skroni, serca, tętnic promieniowych i łokciowych ponadto 5 cięć w okolicę pępka, połączonych z kilkakrotnem uszkodzeniem jelit.

Przyp. Taylor'a (2). Umysłowo chory mężczyzna wyciął sobie dolną część powłok brzusznych.

Przyp. Wachholz'a (3): 80 letni mężczyzna zadał sobie scyzorykiem 3 rany cięte brzucha, z których jedna spowodowała wypadnięcie jelit. U mężczyzny tego wykazono sekcyjnie cechy marasmus senilis.

Przyp. Cordes'a (4). 50-letni kowal, alkoholik, zamordował w stanie podpitym 30-letniego syna i trzy osoby z rodziny poranił nożem rzeźnickim, poczem sam sobie zadał kilka ran w szyję, przedramię lewe i w brzuch, uszkadzając jelita.

Przypadki o których wspomina w swej pracy Klęsk (5). Pewien mężczyzna zadał sobie parę ran w okolicę tętnic szprychowych w klatkę piersiową i rozpruł sobie brzuch, poczem rzucił się do Wisły skąd wydobyto jego zwłoki. Drugi przypadek dotyczył masarza, który rozpłatał sobie brzuch, wyciągnął jelita i pokrajał je nożyczkami.

Przyp. Prall'a (6). Samobójstwo przez rozcięcie powłok brzucha i wycięcie kilku kawałków jelita.

Przyp. Szigeti'ego (7). Samobójstwo przez rozprucie sobie powłok brzusznych.

Przypadki Fischl'a (8). Dwa przypadki samobójstw przez rany kłute brzucha połączone z wypadnięciem jelit i rozdzieraniem ich rękoma.

Przyp. Dittrich'a (9). Samobójca przeciął sobie brzuch powodując wypadnięcie jelit z których w wielu miejscach poodrywał rękoma surowicówkę a także miejscami mięśniówkę.

Przyp. Sollaud'a (10). Pewien mandaryn rozdarł sobie długim paznokciem u palca jamę brzuszną a jej narządy porozdzierał na miazgę.

Przyp. Casper Liman'a (11). 65 letni lakiernik, żyjący w dobrych warunkach życiowych i nie zdradzający objawów choroby umysłowej, zadał sobie

rozległą ranę nadgarstka lewego i dwie rany cięte brzucha połączone z wypadnięciem jelit i żołądka, który również został uszkodzony.

Przyp. Karasia (12).56 letni wieśniak zadał sobie małym ostrym nożem długą ranę ciętą brzucha połączona z wypadnięciem jelit; gdy mimo to śmierć nie następowała uderzał głową o drzewo. Doraźne zeszycie powłok przez lekarza uratowało mu życie.

Przyp. Böhler'a (13). 25 letni żołnierz wyciął sobie, przebywając na froncie, jelito grube.

Przyp. Bochkor'a (14): 34 letni mężczyzna w czasie gwałtownie zaostrzonego nienormalnego stanu psychicznego, zadał sobie żyletką, ranę w okolicy nadgarstka lewego, i brzucha połączoną z uszkodzeniem jelita grubego. Na palcu wskazującym ręki prawej ranka od trzymanej żyletki.

Przyp. Martin'a (15). Umysłowo chora pijaczka zadała sobie kilka ran nożem stołowym na brzuchu, przez jedną z nich wyciągnęła około 1 metra jelita

Przyp. Spitzmüller'a (16). 28 letnia kobieta w stanie poporodowego zaburzenia psychicznego, zadała sobie brzytwą kilka ran na ramieniu i na brzuchu w okolicy pępka odcinając sobie około 10 cm jelita wraz z siecią. Zabieg operacyjny uratował jej życie.

Przyp. Manczarskiego (17). 20 letni mężczyzna (rzeźnik), u którego rodzina zauważyła objawy choroby umysłowej zadał sobie nożem rzeźnickim ranę na karku dochodzącą do opony twardej rdzenia kręgowego, na przedramieniu lewem i cztery rany na brzuchu, połączone z uszkodzeniem wątroby żołądka i jamy opłucnowej.

Przypadki Felca (18). 62-letni szewc, uważany przez otoczenie za bardzo nerwowego, zadał sobie ostrem narzędziem ranę na karku przebijającą oponę twardą rdzenia kręgowego oraz dwie rany kłute na brzuchu przebijające dwunastnicę i żołądek. Przy denacie znaleziono dwa noże kuchenne i jeden rzeźnicki.— 54-letni współwłaściciel domu, którego rodzina podała, że cierpiał na rozstrój nerwów i niechęć do życia, zadał sobie dużym scyzorykiem ranę ciętą brzucha połączoną z wypadnięciem pętli jelitowych.

Jak wynika z powyższego zestawienia przypadków samobójstw przez uszkodzenie jamy brzusznej ostremi narzędziami, (22 z literatury i 4 opisane przez autora) w większości przypadków stwierdzano u samobójców mniej lub więcej wyraźne znamiona nienormalności umysłowej. Jedynie w przypadku Casper Liman'a (11) stwierdzono pozytywnie, że denat nie cierpiał na schorzenie umysłowe; w siedmiu przypadkach nie podano danych co do stanu umysłowego denatów. Ten sposób samobójstwa uznać zatem należy za charakterystyczny dla osobników umysłowo nienormalnych. Z zestawienia tego pozatem wynika, że sposób ten używany bywa przeważnie przez mężczyzn (21 mężczyzn, 4 kobiety) i to mężczyzn w wieku starszym (przeciętnie ponad 50 lat) a pod względem zawodu przeważnie rzemieślników a więc osobników o niższym stopniu inteligencji i kultury, co poniekąd, poza wspomnianym głównym czynnikiem nienormalności umysłowej, tłumaczy niesłychaną brutalność tego sposobu samobójstwa. Charakterystyczną jest rzeczą, że we wszystkich niemal przypadkach stwierdzano oprócz ran na brzuchu inne rany

przedewszystkiem w okolicy nadgarstków. Jeżeli chodzi o narzędzie, to najczęściej stosowano rozmaitego rodzaju noże. Zamachy samobójcze tego rodzaju prowadzą zazwyczaj do śmierci, śmiertelność jest wysoka, wynosi bowiem 84%, na 25 zamachów samobójczych, 21 skończyło się zejściem śmiertelnem; w liczbie tej uwzględnić należy tę nieścisłość, że kilka z cytowanych przypadków było samobójstwem kombinowanem. Doświadczenie lekarskie i szczegóły tych przypadków wskazują na to, że przy tym rodzaju samobójstwa, naogół, śmierć nie następuje natychmiastowo.

PIŚMIENNICTWO.

1) M. Laugier ref. w Vierteljahrschrift. f. gierichtliche Medizin LII. 1890, S. 191. — 2) Taylor cyt: z Strassmann Lehrbuch d. Gerichtlichen Medicin 1895, S 214. — 3) L. Wachholz. Nowiny Lekarskie 1896. Nr. 7. — 4) H. Cordes. Viertljrschft: f. g. M. XII. 1896. S. 174. — 5) A. Klęsk. Przegląd Lekarski 1900, nr. nr. 3, 4, 5, — 6) C. Prall, — 7) Szigeti, — 8) E. Fischl — 6, 7, 8, cyt. z P. Dittrich Handbuch d. arztlichen Sachsverstandigen Tätigkeit 1906. III. S. 392. — 9) Dittrich. Handb.: d. ärztl. Sachsverstand. Tätigkeit 1906, III. S. 392. — 10) Sollaud, cyt z E. R. v. Hofmans. Lehrbuch d. gerichtlichen Medizin 1919. I. S. 481. — 11) Casper-Liman. Handbuch d: Gerichtlichen Medizin herausgegeben v. Schmidtmann 9 Aufl. 1907. II. S. 28. — 12) A. Karaś. Przegląd Lekarski 1907. S: 644. — 13) Böhler. Wien. Klin. Wchschrft. 1916. S. 257. — 14) A. Bochkor, ref. w Deutsche Zeitschrift f. d. Gesamte Gerichtliche Medizin 1925. V. S. 209. — 15) E. Martin, ref. w D. Zeitschr. f. d: G. G. Med. 1926. VI. S. 585. — 16) Spitzmüller, ref. w D. Zeitschr. f. d. G. G: Med. 1928. XI. S. 159. — 17) St, Manczarski. Czasopismo Sądowo-Lekarskie, 1929. II. S. 126. — 18) Wl. Felc. Czasopismo Sądowo-Lekarskie, 1931. IV. S. 69.

Dr. Bolesław POPIELSKI, Lwów.

OBSERVATIONS CASUISTIQUES SUR DES SUICIDES PAR „HARA-KIRI".

L'auteur décrit 4 cas des suicides qu'il a observés lui-même, ou la mort a en lieu à la suite des plaies de l'abdomen par instruments tranchants:

1. Un tailleur, âgé de 44 ans, ouvrit son abdomen à l'aide d'un rasoir découpa un ségment de l'intestin grêle et mourut à la suite d'une hémorragie.

2. Un monteur âgé de 24 ans, se donna au ventre une plaie avec un couteau, en lésant l'estomac, l'opération s'ensuivie de guérison.

3. Une femme de 70 ans enleva à l'aide d'un couteau un morceau de la peau et de tissu sous-cutané de l'abdomen et absorba de

l'alcool dénaturé; elle mourut quelques jours après à l'hôpital d'une bronchopneumonie.

4. Un jeune homme s'amusait pendant la nuit avec une femme, la blessa ensuite au ventre avec un couteau, se trancha le cou et se porta à l'abdomen quelques coups de couteau, peu profonds. La plaie du cou produisit la lésion du larynx et laissa après la guérison des troubles constants de la phonation.

L'examen de ces cas, ainsi que des cas cités de la littérature corespontе (24 cas) démontre, que l'on constate presque toujours des troubles psychiques chez des individus qui choisissent ce mode de suicide; il est employé pour la plupart par des hommes d'un âge avancé, qui se récrutent de basses couches sociales. La mortalité est éléves, elle dépasse 80%.

Dr. med. Borys WEJNBERG, lekarz sądowy. (Bielsk Podlaski).

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI CIAŁ OBCYCH W PŁUCACH.

Zatkanie dróg oddechowych ciałami obcemi w celach zbrodniczych odnośnie do osób dorosłych należy do wyjątków. Według danych, ogłoszonych przez St. Manczarskiego, na ogólną liczbę 7.145 oględzin zwłok (bez płodów i noworodków), dokonanych w Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego w okresie 10-letnim (1921—1930), 903 przypada na zabójstwa, przyczem tego rodzaju zbrodni nie notowano.

Zdarzają się natomiast morderstwa, dokonywane w ten sposób na niemowlętach i noworodkach: prof. L. Wachholz podaje wypadek 5-miesięcznego dziecka, które matka pozbawiła życia, wtłaczając mu w gardło korek od flaszki, a Horoszkiewicz — przez wtłoczenie dziecku do gardła żelaznego ocylu. Znane są wypadki dzieciobójstw przez wypchanie jamy ust i gardła trawą, suchemi liśćmi, watą, kneblem, świecą, nawet kawałkiem węgla kamiennego.

Na 1.107 oględzin zwłok noworodków i na 789 oględzin płodów, dokonanych w Z. M. S. Uniw. Warszawskiego w latach 1921 — 1930, według danych H. Walęckiej, było 240 wypadków czynnego dzieciobójstwa, w tem 19 przez zatkanie wejścia do krtani ciałami obcemi.

O ile chodzi o samobójstwo, opisane są, choć nieliczne, wypadki śmierci przez tamponadę ust sianem, bawełną, chustką, skrawkami wełnianych i innych materjałów. W jednym z przypadków prof. Wachholza mężczyzna, przytępiony umysłowo, odebrał sobie życie zapomocą wypełnienia gardła dużemi kawałkami nienagryzionej kiełbasy. Podług obszernego materjału statystycznego, ogłoszonego przez prof. Grzywo-Dąbrowskiego a dotyczącego 12.260 zamachów samobójczych w Warszawie za okres 1921 — 1930 włącznie, było 2.679 zgonów, z czego oględzinom w Z. M. S. poddano 1.322 zwłok, przyczem zatkanie dróg oddechowych obcemi ciałami, jako rodzaj samobójstwa, nie jest notowane.

Do częstych natomiast zdarzeń należy przypadkowe dostanie się ciał obcych do tchawicy i oskrzeli, i to zarówno u dzieci, jak i u dorosłych; w oskrzelach znajdowano pestki, smoczki do ssania, guziki, monety, groch, zęby, drobne zabawki, całe kłosy, ość rybią, nawet pijawki końskie.

Według danych Z. M. S. w Warszawie, ogłoszonych przez A. Piotrowskiego, za okres 10-letni było 1.250 wypadkowych zgonów, w tem

26 z powodu ciał obcych w drogach oddechowych, co stanowi 2,08%.

Jeszcze przed 50 laty Weist zebrał materjał, obejmujący 1.674 wypadków, a Drozdow — 4.380 wypadków ciał obcych w płucach.

Szczególnie częste są przypadki uduszenia przypadkowego wymiocinami u dorosłych, będących w stanie odurzenia alkoholem. Według danych prof. Niebolubowa, w Rosji w ciągu 7 lat było 100.000 wypadków gwałtownej śmierci, w tem 402 wypadki uduszenia wymiocinami.

Przedostanie się ciała obcego do dróg oddechowych prawie zawsze wywołuje gwałtowny kaszel napadowy, skurcz krtani, duszność, uczucie niepokoju i omdlenie, co znajduje się w przyczynowym związku z podrażnieniem śluzówki krtani i tchawicy. Objawy te nie mogą ujść uwagi chorego, o ile ciało obce nie było wchłonięte podczas głębokiego snu, w narkozie, lub podczas ataku epileptycznego. Początkowe burzliwe objawy zwykle ustają po paru godzinach, a to z chwilą umiejscowienia się ciała obcego. Według danych Bourdillot'a, na 156 wypadków ciało obce było umiejscowione w 35 przypadkach w krtani, w 80 — w tchawicy, w 26 — w prawem, w 15 — w lewem oskrzelu. Inne dane statystyczne wykazują, że w 75% przypadków ciała obce stwierdzono w prawem oskrzelu, tylko 25% ciał obcych trafia do oskrzela lewego. Należy to tłomaczyć tem, że prawe oskrzele ustawione jest w stosunku do tchawicy pod kątem nieznacznego odchylenia, stanowiąc niejako naturalne jej przedłużenie. Objawy kliniczne ze strony dróg oddechowych zależne są z jednej strony od rodzaju ciała obcego, jego kształtu, rozmiarów, stopnia jałowości, z drugiej zaś — od miejsca wklinowania i od czasu, który upłynie od momentu przedostania się do chwili usunięcia.

Ciało obce może ulec otorbieniu przez tkankę łączną albo — co bywa częściej — doprowadzić do ropnego zapalenia oskrzeli, jednostronnego odoskrzelowego zapalenia płuc, ropnia i zgorzeli płuc i zejścia śmiertelnego.

Rokitański opisał przypadek perforacji ciałem obcym art. anonymae; w przypadku Wachholza śmierć nastąpiła wskutek mediastinitis septica po uwięznięciu ości; Braun wspomina o wypadku dostania się kłosa zbożowego, który po 28 dniach doprowadził do śmiertelnego krwotoku z naczynia płucnego przy ograniczonej zgorzeli płuc. Do wyjątkowych natomiast przypadków należą opisane przez L. Kaempfera, gdzie przez 40 lat w płucu przebywał szyfer w otoczce włóknistej, nie powodując żadnych objawów i najmniejszych zaburzeń, oraz Neumanna, gdzie chory odpluł wraz z cuchnącą plwociną ząb, usunięty przed 8 laty, którego dentysta nie mógł wówczas znaleźć a który w ciągu tego czasu nie sprawiał żadnych dolegliwości i nie powodował żadnych objawów chorobowych.

Nieraz ciało obce w drogach oddechowych objawami może przypominać różne cierpienia płuc i nie być wobec tego długo rozpoznanem, szczególnie, kiedy mamy do czynienia z ciałem niedużych rozmiarów, konsystencji spoistej, niezdolnem do pęcznienia, a zdolnem do przemieszczenia pod wpływem forsownych wdechów i wydechów, towarzyszących napadom kaszlu. Ta ostatnia okoliczność oraz nieodpowiednia ocena szeregu objawów i niedokładne wywiady powodują przypadki nierozpoznania, względnie późnego rozpoznania, ciała obcego w płucach. Pouczającym pod tym względem może być podany poniżej przypadek.

Dn. 17.VIII.1933 r. do Urzędu Prokuratorskiego przy S. O. wpłynęła skarga ubezpieczonego X. na dentystkę N. i kierownictwo K. Ch. w B., w której zarzuca się im niedbalstwo. Z akt sprawy wynika, że dn. 6.II.1933 r., podczas dokonywanego przez dentystkę N. zabiegu usunięcia zęba ze szczęki górnej po stronie prawej 9-letniej M. córce skarżącego, wystąpił raptownie u tej ostatniej gwałtowny kaszel, duszność, sinica, skóra pokryła się potem. Objawy te po kilku chwilach ustąpiły, utrzymywał się tylko w ciągu 2 godzin gwałtowny kaszel, poczem i on ustąpił. Dnia następnego t° podniosła się do 38,6°C., występowały napady okresowe gwałtownego kaszlu, dziecko było niespokojne i skarżyło się na brak powietrza. Po 9 dniach wymienionych objawów dziewczynka umieszczona została w szpitalu w B., gdzie przebywała w ciągu 3 tygodni, z rozpoznaniem pleuritis exsudativa dextra. Dwukrotnie (18 i 22 lutego) dokonane nakłucia opłucnej prawej dało płyn surowiczy. Od dnia 27.II.1933 r. t° obniżyła się, stłumienie zmniejszyło się, oddech stał się wyraźniejszy, i 12.III.1933 r. chora została wypisana ze szpitala z poprawą. Po wyjściu ze szpitala utrzymywał się nadal suchy kaszel, dziewczynka odpluwała gęstą, cuchnącą, jakby ropną treść. Taki stan trwał do 4.V.1933 r., kiedy dziecko zaczęło wykasływać duże ilości gęstej cuchnącej ropy, t° podniosła się do 39°C., oddech stał się prędki, powierzchowny. Po uspokojeniu się objawów dziewczynkę przeniesiono do szpitala, gdzie dokonano zdjęcia rentgenowskiego, poczem skierowano ją do Warszawy.

Badanie chorej w dn. 12.V.1933 r. w klinice wykazało w płucach skrócenie jawnego odgłosu opukowego po stronie lewej, sięgające od grzebienia łopatki wdół do kąta żebrowo-przeponowego, osłuchowo — osłabienie oddechu po stronie lewej i liczne rzężenia drobno- i grubobańkowe, słyszalne również i po stronie prawej. Rentgenogram płuc wykazał obecność intensywnego cienia poniżej rozdwojenia tchawicy, po stronie lewej, wielkości grochu. Po stronie prawej, przy kręgosłupie — dodatkowe pasmowate zacienienie, idące od obojczyka, które u dołu skierowuje się ku obwodowi i przybiera kształt trójkąta, zwróconego podstawą do śród-

piersia. W okolicy wnęk — plamiste zacienienie, więcej po stronie lewej u dołu.

Dn. 14.V.1933 r. w znieczuleniu miejscowem kokainą wykonano bronchoskopję: z oskrzela głównego lewego usunięto ciało obce — ząb. Wieczorem tegoż dnia dziecko oddychało swobodnie, kaszle, odpluwało nieco śluzowej treści, miało t° 37,4°, a dnia następnego t° doszła do normy, stan ogólny dobry, kaszel napadowy krótkotrwały z wydaleniem gęstej ropiastej plwociny. Badanie dziewczynki w dniu wypisania z kliniki (30.V.1933 r.) wykazało rozdwojenie II tonu nad wierzchołkiem serca, oddech oskrzelowy po stronie lewej, poniżej kąta łopatki, oraz gdzieniegdzie trzeszczenia.

Badanie pokrzywdzonej M., przeprowadzone przeze mnie dn. 28.XII.1933 r. na skutek polecenia Urzędu Prokuratorskiego, wykazało: wzrost, odpowiedni do wieku, t° normalna, tętno miarowe, dobrze napięte i wypełnione, osłuchowo — rozdwojenie II tonu na wierzchołku serca, w płucach — gdzieniegdzie trzeszczenia. Na podstawie wyników badania M. oraz po zapoznaniu się z aktami sprawy, szczególnie z odpisem historji choroby M. (N.N. 688 i 944), wydałem orzeczenie, iż choroba M. datuje się od dnia 6.II.1933 r. w związku z usunięciem przez dentystkę N. z górnej szczęki zęba, który trafił pierwotnie do oskrzela prawego, i surowiczy płyn, stwierdzony dn. 18.II.1933 r. w opłucnej prawej, znajduje się w przyczynowym związku z obecnością zęba w prawem oskrzelu. Z biegiem czasu wskutek gwałtownych napadów kaszlu nastąpiło przemieszczenie zęba do lewego oskrzela, naokoło którego wywiązał się ropniak oraz odoskrzelowe lewostronne zapalenie płuc, które zaczęło ustępować po usunięciu zęba z lewego oskrzela w dn. 14.V.1933 r. Takie obrażenia ciała zaliczam do uszkodzeń, o których mowa jest w art. 236 K. K., gdyż spowodowało czasowe zakłócenie funkcji narządu oddechowego na czas do 4 miesięcy.

Dla całokształtu sprawy zaznaczam, że Ogólne Zebranie Profesorów Akademji Stomatologicznej w Warszawie, po szczegółowem zbadaniu akt sprawy z oskarżenia dentystki N., wypowiedziało się w dn. 18.X. 1934 r. za N. 3. 110/34 jak następuje:

„Wpadnięcie zęba do gardzieli i dalszych dróg oddechowych czy trawiennych może uchodzić jedynie za nieszczęśliwy wypadek przy zabiegu usunięcia zęba. Wprawdzie można mniej lub więcej zapobiec tym przypadkom najróżnorodniejszemi sposobami, jednak co pewien czas przypadki te zdarzają się nawet w rękach doświadczonych praktyków.

Wpadnięcie bowiem zęba wyrwanego do dróg oddechowych nie jest tylko zależne od czynności lekarza, ale w znacznej mierze także od zachowania się pacjenta w czasie zabiegu.

Przypadek ten u M. jest tembardziej usprawiedliwiony, że chodzi tu o dziecko".

Opisany przeze mnie wypadek utwierdza w przekonaniu, iż klinika ciał obcych w drogach oddechowych winna interesować nietylko laryngologa, lecz również każdego lekarza-praktyka i lekarza-dentystę: niewłaściwa ocena przez dentystkę N. objawów ze strony narządu oddechowego pacjentki M. tuż po usunięciu zęba, brak dokładnej anamnezy oraz niezastosowanie badania rentgenowskiego w szpitalu w B. — w danym wypadku naraziły dziewczynkę M. na przewlekłą chorobę płuc i spowodowały konsekwencje sądowo-karne w odniesieniu do osób, które wskutek przeoczenia temu nie zapobiegły.

PIŚMIENNICTWO.

1. W. Grzywo-Dąbrowski. — Czasop. Sądowo-Lek. Nr. 1—2 z 1932 r. — 2. A. Laśkiewicz. — Przegląd Oto-Laryng. T. VII. Zeszyt 2—3 z 1930 r. — 3. L. Wachholz. — Medycyna Sądowa. — 4. Tichow. — Chirurgja. — 5. Tillmans. — Chirurgja. — 6. H. Lewenfisz. — Medycyna z 7 i 21 maja 1934 r. — 7. P. Martyszewski. — Gruźlica Nr. 6, tom V z 1930 r. — 8. St. Manczarski. — Czasop. Sąd.-Lek. Nr. 1—2 z 1932 r. — 9. Alf. Piotrowski. — Czasop. Sąd.-Lek. Nr. 1—2 z 1932 r. — 10. H. Walecka. — Czasop: Sąd.-Lek. Nr. 1—2 z 1932 r. — 11. H: Resnikow. — Pol. Przegląd Radjologiczny, tom VI, zeszyt 1 z 1931 r. — 12. T. Wąsowski i A. Libo. — Pamiętnik Wileńsk. Tow. Lek. r. VII, zeszyt 5 z 1931 r.

B. WEJNBERG.

LES CORPS ETRANGERS DANS LES POUMONS.

L'auteur décrit un cas, ou pendant l'extraction d'une dent celle-ci tomba dans la bronche gauche, ce qui avait comme conséquence une pleurésie, une bronchite etc.

Au début le cas ne fut pas reconnu; dès que sa nature fut élucidée et la dent enlevée de la bronche, l'enfant fut vite guéri.

L'auteur présente une bibliographie correspondante et démontre la signification de pareils cas au point de vue médico-légal.

STRESZCZENIA.

HEILMANN.

PÓŹNE WYKRYCIE CO W ZWŁOKACH EKSHUMOWANYCH.

(D. Z. fur die ges. ger. Med. 23 Bd. 4 Hft.).

Nawet po upływie kilku miesięcy można we zwłokach wykryć tlenek węgla, atoli warunkiem koniecznym jest, by śmierć nastąpiła w atmosferze CO. Jeśli zatruty zostanie z tego środowiska wyniesiony i będzie przez pewien czas oddychał świeżem powietrzem, to tlenek węgla może się wydzielić w ciągu kilku godzin. (Łaguna wykrył tlenek węgla we zwłokach ekshumowanych po upływie 210 dni i po powtórnej sekcji zwłok).

Przypadek autora przedstawia się jak następuje: pewien 55-letni robotnik był zajęty układaniem płyt kamiennych w pomieszczeniu, gdzie znajdowały się dwa piece koksowe. Było to w miesiącu grudniu. Następnego dnia znaleziono go martwym Początkowo przypuszczano, że śmierć nastąpiła wskutek porażenia serca na tle choroby naczyń, schorzenia płuc lub mózgu. Możliwość zatrucia CO odrzucono, ponieważ okno w tem pomieszczeniu było otwarte. Dopiero w maju naskutek starań rodziny zarządzona została ekshumacja w 144 dni po śmierci. Zwłoki wykazywały daleko posunięty stopień gnicia, jedynie paznokcie posiadały żywo-czerwone zabarwienie. Podściółka tłuszczowa była nasiąknięta barwikłem krwi na kolor wiśnio-czerwony, podobnie zabarwione były organy wewnętrzne. W naczyniach i sercu znaleziono krew płynną czerwono-wiśniową. Pozatem w narządach wewnętrznych nie znaleziono zmian chorobowych takich, któreby pozwoliły na ustalenie przyczyny śmierci. Do badania pobrano nietylko krew lecz także i płyny tkankowe. Badaniem spektroskopowem i chemicznem wykazano w nich obecność tlenku węgla. Na tej podstawie rozpoznano śmierć wskutek zatrucia tlenkiem węgla.

Dochodzenie nie ustaliło, czy okno zostało otwarte dopiero po znalezieniu zwłok, czy też było uchylone przez całą noc. Autor sądzi, że nawet gdyby tak było, to warunki przewiewu mogły ustalić się tak, że zmarły znajdował się w atmosferze CO.

Wł. Felc.

TIMM.

PRZENIKANIE METALI CIĘŻKICH W PODŁOŻE I TKANKI.

(D. Z. fur die ges. ger. Med. 24 Bd. 1 Hft.).

Przy badaniu nad rozpuszczalnością metali takich jak ołów, srebro, miedź i rtęć w płynach tkankowych przeprowadzono następujące doświadczenia: do jałowego agaru wprowadzono srebrny drucik i trzymano go przez dłuższy czas, a następnie metodą spektrograficzną (Funkenspektrographisch) wykryto cząsteczki srebra jako jasno błyszczące punkciki, których pierścień dokoła kanału od drutu był coraz szerszy w miarę im dłużej drucik tkwił w agarze.

Procesowi rozpuszczania w płynach tkankowych podlegają nietylko metale nieszlachetne, lecz także srebro i inne, przyczem płyny tkankowe miałyby na metale oddziaływać podobnie jak kwasy. Zagadnienie to rozpatrywano w związku z amalgamatami rtęci, stosowanemi w dentystyce przy wypełnianiu jamek zębów. Dawniej sądzono, że rtęć z amalgamatu paruje i w tej postaci przedostaje się do krwiobiegu, a w takim razie może się stać przyczyną przewlekłego zatrucia. Przypuszczenie to zostało potwierdzone przez wykrycie w moczu przy zastosowaniu bardzo czułej metodyki badania — u posiadaczy plomb wzmożone wydzielanie rtęci. — Badania autora pozwoliły na wykrycie

jeszcze jednej drogi przenikania rtęci do krwiobiegu. Amerykańscy badacze wykazali ziarenka siarczków rtęci w kanalikach zębiny, przyczem stwierdzone zostało, że limfa płynie z miazgi zęba do kanalików zębiny i odwrotnie.

Metoda spektrograficzna, zastosowana przez autora, dała możność ujawnienia związków rtęciowych, zawartych w plombach nietylko w samej jamie zęba, lecz także na pograniczu szkliwia i zębiny oraz w kanalikach zębiny. — Przed spektrografją z zębów wyługowano sole wapniowe. Odkładanie się soli metali ciężkich, stanowiących masę plomb, występuje nietylko w postaci siarczków, lecz także fosforanów i węglanów. Czy przenikanie cząsteczek amalgamatów zębowych do krwiobiegu wywiera jakiś wpływ ujemny, ta kwestja zdaniem autora należy do przyszłych w tym zakresie badań.

Wł. Felc.

ELBEL.

ZNACZENIE WĘGLANU POTASOWEGO DLA ŻRĄCEGO DZIAŁANIA KCN.

(D. Z. für die ges. ger. Med. 24 Bd. 1 Hft.).

Obraz błony śluzowej żołądka w przypadkach zatrucia cyankiem potasu przedstawia się dość jednolicie: obrzęk, połysk, powierzchnia śliska jakby zmydlona (w dotyku), żywo lub ciemno-czerwone zabarwienie, śluz podbarwiony krwią. Zmiany te tłumaczono bądź przez domieszkę węglanu potasowego bądź przez wytworzenie się węglanu potasu naskutek rozpadu KCN. Cyanek potasu jako silna zasada, łącząc się z wodą daje ług potasowy, którego żrące działanie jest dobrze znane. Węglan potasowy posiada jednak silniejsze własności hydrolityczne niż cyanek. Badania stopnia przemiany KCN na węglan potasu pod wpływem powietrza wykazały, że nie jest ona zbyt intensywna.

Autor poczynił szereg doświadczeń na świnkach morskich w celu przekonania się, jaka jest różnica w działaniu żrącem świeżego i zwietrzałego KCN oraz węglanu potasowego na błonę śluzową żołądka. Śmierć zwierząt zatrutych KCN następowała w około 1½ minuty wśród typowych objawów, po podaniu zaś węglanu potasu, świnki zabijano po upływie 2 minut.

Zauważono przytem nieco silniejsze działanie żrące świeżego KCN w porównaniu ze zwietrzałym, żadnej natomiast nie stwierdzono różnicy między działaniem zwietrzałego KCN a węglanem potasowym czystym.

Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń przychodzi autor do przekonania, że żrące działanie KCN polega na jego własnościach alkalicznych i że obecność (współudział) węglanu potasowego nietylko nie wzmaga stopnia działania żrącego, lecz raczej je osłabia.

Wł. Felc.

KLAUER.

TRUTKA NA MYSZY, WYDZIELAJĄCA FOSFOROWODÓR.

(D. Z. für die ges. ger. Med. 24 Bd. 1 Hft.).

Fosforany przy zetknięciu się z wodą dają trujący związek znany pod nazwą fosforowodoru. Objawy zatrucia u człowieka są następujące: uczucie zimna, utrudnienie oddychania aż do duszności, kaszel, tętno przepuszczające, silne omdlenia, zawroty, szum w uszach, zaburzenia żołądkowe. Tego rodzaju objawy odnoszono nieraz do zatrucia mięsem, tyfusu i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Od chwili zatrucia do śmierci upływa ok. 3 dni. Przy sekcji znajdowano: w przypadkach przewlekłych i podostrych: nieznaczne stłuszczenie wątroby,

przekrwienie dróg oddechowych, płuc, wybroczyny, a w przypadkach ostrych— obrzęk płuc. We krwi często ziarenka silnie łamiące światło. Fosforowodór atakując centralny układ nerwowy, który wreszcie ulega porażeniu, działa również i na naczynia.

Przypadek autora: pewna gospodyni wstawiła garnek z mięsem na kuchnię i wyszła. Po dłuższej nieobecności gdy powróciła, poczuła w izbie bardzo nieprzyjemną woń i zaczerwienienie płynu w garnku. Ponieważ w mieszkaniu był tylko czeladnik męża, podejrzenie padło na niego, że on czegoś do garnka dosypał. Przyparty do muru przyznał się, że do garnka wrzucił trutkę na myszy, a pytany dlaczego to uczynił, odparł, że spodziewając się, iż w garnku przygotowuje się jedzenie dla niego, chciał w ten sposób pozbawić się życia. Do badania wzięto zarówno zawartość garnka oraz resztę trucizny, zawartej w szklanej rurce, przyczem stwierdzono silną woń czosnku zarówno z garnka jak i z rurki. Rurka szklana była zaopatrzona w etykietkę, zawierającą dokładny opis użycia, trupią główkę i ostrzeżenie: „trujące dla człowieka i zwierząt". Preparat zawierał ziarenka zbożowe, powleczone czerwonawą masą, o składzie następującym: 40% siarczanu barowego, związek krzemo-magnezowy („Talkum"), fosforo-cynkowy oraz barwik smołowcowy.

Dochodzenie nie ustaliło, w jakim rzeczywiście zamiarze trutka owa była wrzucona do garnka. Charakterystyczna woń czosnku, wydzielająca się pod wpływem ogrzewania, zapobiegła podstępnemu otruciu czy też samobójstwu.

Wl. Tele.

NIPPE.

REAKCJA DOCZESNEJ ŚCIANY MACICY PRZY NIEPEWNEM USZKODZENIU, ZWIĄZANEM ZE SPĘDZENIEM PŁODU.

(D. Z. für. die ges. ger. Med. 24. Bd. 1 Hft.).

Autor zaznacza, że reakcja doczesnowa tkanek po uszkodzeniach eksperymentalnych jest znana, nie opisywano jej tylko po uszkodzeniach, związanych ze spędzeniem płodu. Autor wspomina o doświadczeniach Loeba, który uszkadzał macicę świnek morskich (z zachowaniem wszelkich środków ostrożności), nacinając ją w różnych kierunkach zaraz po kopulacji. Po 5—6 dniach w tych miejscach stwierdzał mniejsze i większe wysepki tkanki doczesnowej, podczas, gdy u świnek, które nie kopulowały, a również tym nacięciom były poddane, wynik był negatywny. Podobne rezultaty otrzymali i inni autorowie. Zjawisko to rozpatruje autor w płaszczyźnie różniczkowania przypadków spędzenia płodu

33-letnią kobietę, podejrzewaną przez męża, że udawała się do lekarza w celu przerwania ciąży, znaleziono martwą w łazience. Obok zmarłej leżała strzykawka maciczna. Sekcję zwłok podjęto w tydzień po śmierci. Wynik sekcji: śledziona septyczna; macica powiększona bez widocznych uszkodzeń. Ujście zewnętrzne drożne dla dwuch palców, wypełnione czerwonym śluzem. Z jamy macicznej wypłynęło około 100 cm krwawo - ropiastej wydzieliny. Z lewej strony u góry od tyłu nieuszkodzone jajo płodowe w połowie do ścianki macicy przylegające. W płynie worka płodowego płód wielkości 10—11 cm lekko zgniły. Wnętrze macicy poza jajem płodowem pokryte mazistą śmietanowatą zielonkawą i białawą masą łatwo dającą się usunąć. Na podstawie tego obrazu sekcyjnego wywnioskowano, że kobieta zmarła wskutek zakażenia. W okolicy prawego rogu macicy na 4—5 cm poniżej ujścia prawej trąbki a na 2 cm powyżej ujścia wewnętrznego macicy znaleziono pagórkowate wzniesienie, które okazało

się skrzepem krwi. Przy badaniu mikroskopowem stwierdzono dużo włóknika i krwinki (w grudkach). Dokoła w promieniu 1½—2 mm rąbek, pokryty wyniosłościami i zaokrąglonemi czopkami, przechodzącemi do mięśniówki macicy. Rąbek ten składa się z typowych komórek doczesnej. Obok ogniska nacieczeniowe, rozszerzone naczynia krwionośne i gruczoły. Przewody gruczołowe nie mają żadnej łączności z rąbkiem. Rąbek ten przyjęto za stary skrzep krwi, który uległ przemianie doczesnowej w sąsiedztwie mięśniówki macicy, jako samodzielne ognisko. Wszystkie inne możliwości przeobrażenia doczesnowego (przewody Gärtnera, gruczoły i t. d.) wykluczono. Rozważywszy szczegółowo wynik badania mikroskopowego autor stwierdza, że pochodzenie tego doczesnowego przeobrażenia zależy od wewnątrzmacicznego uszkodzenia przy usiłowaniu spędzenia płodu. — Wniosek ostateczny brzmi: zarówno częste ektopiczne występowanie doczesnej jak i eksperymentalne wywoływanie tych przeobrażeń na drodze zew- i wewnętrznego uszkodzenia macicy u zwierząt pozwalają przyjąć możliwość takiego przeobrażenia przy zabiegach spędzenia płodu, pod warunkiem, że zabieg instrumentalny musi poprzedzić śmierć na dłuższy przeciąg czasu, bez odejścia płodu i bez przebicia macicy.

Wł. Felc.

Dr. Carlo MANGILI.

PRZYPADEK SAMOBÓJSTWA KOMBINOWANEGO.

Archvio di Antropologia Crim. e Med. Leg. 1934.

W mieszkaniu, składającem się z 2-ch izb w pierwszym pokoju na podłodze znaleziono kilka kropel krwi oraz ślady stóp, idące w kierunku drugiego pokoju, w którym na podłodze leżał trup 26-letniego właściciela mieszkania, jedynie w koszuli. Na szyi miał on pas, niezapięty na sprzączkę, lecz zaciśnięty, koniec jego denat trzymał między dużym a wskazującym palcem. Koszula była pokrwawiona. Ręczniki, wiszące obok umywalki, umywalnia, podłoga, prześcieradło i nożyczki, które znajdowały się przy trupie, były zakrwawione, jak również i brzytwa, leżąca na podłodze.

Przy badaniu sądowo - lekarskim stwierdzono, że twarz, ręce i piersi denata są pokryte zeschłą krwią, koło szyi był okręcony wspomniany pas. Pas ten od przodu zagłębia się w brzegi rany ciętej, długości 9 cm, której końce znajdują się poniżej szczęki dolnej o 3 i 4 cm. Brzegi rany są gładkie, przy końcach wykazują zakrajania, świadczące o niejednokrotnem nacinaniu. Krtań była przecięta, wgłębi widać było gardziel. O 2 cm poniżej tej rany, znajdowała się druga powierzchowna, długości 25 mm. W okolicy serca znaleziono ranę owalną, długości 15 mm; na przedramieniu lewem od strony zginaczy, stwierdzono ranę o kierunku poziomym, długości 4,5 cm, podobną, lecz nieco mniejszą ranę stwierdzono na przedramieniu prawem. Na lewem przedramieniu i na obu kolanach znajdowały się zadrapania.

Przy sekcji stwierdzono, że opony miękie w okolicy ciemieniowej lewej są zmętniałe i przekrwione, opona twarda przylega do miękkich na przestrzeni 7 × 10 cm. Po przecięciu opony pajęczej znaleziono pod nią torbiel wielokomorową, zawierającą przezroczysty płyn; mózg w tych okolicach lekko przekrwiony. Na szyi stwierdzono, że obie żyły jarzmowe zewnętrzne były przecięte, nerwy i mięśnie sutkowo - obojczykowe nieuszkodzone, w tchawicy i dużych oskrzelach krew. Badania innych narządów nie wykazały nic szczególnego.

Śmierć została spowodowana przez różne czynniki: przedewszystkiem krwotok, który towarzyszył poderżnięciu gardła; krwotok ten nie doprowadził

szybko do śmierci, czego dowodzą liczne ślady krwi w mieszkaniu. Pozatem przyczyniła się do śmierci krew, która dostała się do dróg powietrznych oraz zatkanie ich przez pas, zaciśnięty na ranie na szyi. Rana ta była zadana narzędziem bardzo ostrem (brzytwą); rana na piersiach — narzędziem zaostrzonem i tnącem, mogły to być nożyce; rany na przedramieniach — narzędziem ostrem, zadrapania powstały najprawdopodobniej przy upadku.

Dla odróżnienia, czy było to samobójstwo czy zabójstwo, należy przyjąć pod uwagę: 1) brak śladów walki, brak ran, które świadczyłyby o obronie, umiejscowienie, typ i ilość ran, które w całości świadczą przeciwko zabójstwu. Ślady krwi w sąsiednim pokoju nie przeczą hipotezie samobójstwa: zraniwszy się lekko w okolicę przedramion, samobójca był w stanie przejść z jednego pokoju do drugiego. Przypuszczalnie początkowo miał on zamiar pozbawić się życia, nacinając sobie żyły na przedramionach; zniechęcony niepowodzeniem chciał nożycami przebić sobie serce, lecz wobec tego, że i to mu się nie powiodło, podciął brzytwą gardło, jednak tętnice pozostały nienaruszone i dlatego śmierć nie przyszła natychmiast. Denat chcąc ją przyśpieszyć, z prześcieradłem w ręku udał się do drugiego pokoju po pas, którym okręcił szyję.

Na zakończenie autor podkreśla, że wypadek ten dotyczył chorego, dotkniętego cierpieniem układu nerwowego (arachnoiditis circumscripta).

M. Grzywo - Dąbrowska.

Dr H. MULLER.

ŚLADY STRZAŁU Z BRONI KRÓTKIEJ NA RĘKU.

Archivio di Antrop. Crim. e Med. Leg. 1934.

Znanem jest dobrze, że na ręce osoby, która strzela z broni krótkiej, szczególnie o ile nie ma ona wprawy w posługiwaniu się podobną bronią, stwierdza się ślady prochu. Przy wystrzale większa część gazów, które wytworzyły się przy zapaleniu się prochu, wychodzi przez lufę, mniejsza ulatuje w kierunku ku tyłowi. Połączenie bębenka w rewolwerze z tylną częścią broni nie jest naogół doskonałe i tem mniej dokładne, im broń jest starsza i mniej precyzyjna. Pistolety automatyczne i repetujące również pozwalają gazom wydostawać się nazewnątrz wraz z gilzą i sadze zostają na ręce trzymającej broń. Przy strzale z rewolweru sadze mogą się znaleźć na powierzchni promieniowej palca wskazującego i grzbietowej palca środkowego a czasem i palca czwartego.

Przy posługiwaniu się pistoletem osad ten ma różne umiejscowienie zależnie od konstrukcji broni. Badanie zebranego zapomocą czystej zwilżonej waty osadu na obecność nitrytów ma znaczenie tylko wtedy, gdy badanie będzie przeprowadzone zaraz po strzale i o ile dany osobnik nie umył rąk.

W rewolwerach połączenie lufy z bębenkiem jest niekiedy tak niedokładne, że nietylko gazy, lecz nawet ziarnka prochu mogą być uniesione i znaleźć się w skórze, tworząc tatuaż, co nawet po tygodniu można jeszcze dostrzec nietylko na miejscach, powyżej wymienionych, lecz także i na powierzchni łokciowej dużego palca. Aczkolwiek ślady te mogą pozostać do końca życia, na Jawie spowodu specjalnych warunków tamtejszych, autor mógł je wykryć tylko w ciągu najwyżej 4-ch tygodni.

Opisane ślady na palcach mogą ułatwić rozpoznanie samobójstwa ewent. wykrycie sprawcy zabójstwa, co autor popiera przykładami.

M. Grzywo - Dąbrowska.

G. WEYRICH.

BUDOWA CIAŁA A SAMOBÓJSTWO.

Deutsche Zeitsch. ges. ger. Med. Bd. 24.

Na podstawie badań. przeprowadzonych na 108 zwłokach samobójców według Kretschmera, autor przychodzi do następujących wniosków:

W 103 przypadkach stwierdzono budowę ciała, odpowiadającą opisanej przez Kretschmera. U samobójców przeważał typ leptosomiczny; bardzo rzadko spotykano pikniczny. Pomiędzy wiekiem, w jakim zostało popełnione samobójstwo, a budową ciała zachodził ciekawy stosunek: leptosomicy popełniali je we wczesnym wieku, piknicy zaś w późniejszym. Zarówno piknicy jak i leptosomicy godzili na swe życie na jesieni, szczególnie często jednak miało to miejsce u pikników. Co się tyczy sposobu pozbawienia się życia, śmierć przez przejechanie i powieszenie częściej spotykało się w grupie — leptosomo - atletyczno - dysplastycznej; u pikników przeważało zadanie sobie ran i otrucie.

Osobnicy o ciemnych oczach i ciemnych włosach (szatyni) szczególnie wykazywali skłonność do samobójstwa. Choroby wrodzone lub nabyte nie odgrywały większej roli z punktu widzenia skłonności do samobójstwa.

Rozpatrując motywy samobójstwa, autor zauważył, że piknicy byli raczej samobójcami „okolicznościowymi", natomiast typy leptosomo - atletyczno - dysplastyczne są samobójcami w ścisłem tego słowa znaczeniu.

W. D.

PANNING.

WYLEWY KRWAWE DO MÓZGU PRZY ZATRUCIACH TLENKIEM WĘGLA.

Zeitschr. f. die gericht. Medizin Band 24.

Autor zbadał mikroskopowo mózg w 243 przypadkach śmierci wskutek zatrucia CO; najczęściej spotykano przekrwienie opon miękkich i istoty mózgowej, szczegól. w głębszych warstwach kory i istoty białej: w ok. 1/4 przypadków znajdowano wybroczynki krwawe szczególnie w obrębie istoty białej półkuli, dość często w zwojach podstawowych, rzadko w obrębie kory i móżdżku. W 2-ch przypadkach znaleziono t. zw. purpura cerebri z wyraźnemi pierścieniowatemi wylewami.

Przekrwienie mózgu i powstanie wybroczyn przy zatruciach CO autor tłomaczy dużemi zaburzeniami w układzie nerwowo - naczyniowym mózgu.

W. D.

JANKOVISCH i INCZE.

ZMIANY MIKROSKOPOWE W MÓZGU PRZY OSTREM ZATRUCIU ŁUGIEM.

Zeitschr. f. die gericht. Medizin Band 24.

Autorzy przeprowadzili badania mikroskopowe mózgu w 12 przypadkach otruć ługiem; wyniki tych badań były następujące: odleglejsze działanie ługu występuje nietylko w wątrobie i płucach lecz i w tkance mózgowej. W mózgu znajdowano zmiany w komórkach śródbłonka i martwicę ścian naczyń krwionośnych, a pozatem martwicę komórek mózgowych w następstwie ogniskowych zaburzeń w krążeniu krwi, przytem w naczyniach znajdowano stazę i zaczopowanie mniejszych i większych naczyń bezpostaciowemi grudkami i masami.

W. D.

TAEGER.

ŚMIERTELNE ZATRUCIE CICUTA VIROSA.

Sammlung v. Vergiftungsfälle. 1934.

Podczas zabawy, 4 i 6-letni chłopcy nadgryźli i połknęli korzeń cicuta virosa. W 20—25 minut potem wystąpiły gwałtowne drgawki, sinica twarzy, rozszerzenie źrenic i brak ich oddziaływania na światło, szczękościsk, piana na ustach. W 2 godziny po zatruciu nastąpiła śmierć.

Zatrucia wspomnianą roślina należą do rzadkości; roślina ta jest jedną z najwięcej trujących w Europie, obraz kliniczny zatrucia jest podobny do tężca.

Taeger — zatrucie cicuta virosa — Referat zbiorowy:

Część trująca tej rośliny, cicutoxina, w suchym korzeniu znajduje się w ilości ok. 3,5%, w świeżym — ok. 0,2%; wykrycie na drodze chemicznego badania tej trucizny w przypadkach śmiertelnego zatrucia dotąd prawie nigdy się nie udawało; rozpoznanie zatrucia opierać należy na mikroskopowem stwierdzeniu resztek korzenia cicuty w treści żołądka zatrutego.

Obraz kliniczny zatrucia zwykle bywa następujący: wkrótce (najdalej w ciągu godziny) po zażyciu korzenia tej rośliny występuje nagle złe samopoczucie, często wymioty, b. silne drgawki tężcowe we wszystkich mięśniach ciała; czasami śmierć następuje tak szybko, że lekarz może jedynie stwierdzić zgon.

Przy sekcji zwłok stwierdzamy zmiany, występujące przy asfiksji, pozatem ogniskowe zmiany na błonie śluzowej żołądka i górnego odcinka jelit.

W. D.

WEYRICH.

GRUPY KRWI, BUDOWA CIAŁA A SAMOBÓJSTWO

Deutsch. Zeit. gericht. Medizin 23 Bd

Na podstawie swych badań, autor przychodzi do wniosku, że osoby z grupy O stosunkowo najczęściej popełniają samobójstwa, z grupy zaś A a szczególnie AB — względnie najrzadziej; co do budowy ciała najczęściej popełniają samobójstwa leptosomo - atletyko - dysplatycy.

Zestawiając samobójców pod względem grup krwi i budowy ciała, autor stwierdza, że szczególną predyspozycję do samobójstwa mają leptosomo - atletyko - dysplastycy, którzy mają grupę krwi O, natomiast piknicy o grupie B są mniej skłonni do samobójstwa, najmniej zaś ci, u których łączy się budowa piknicza z grupą O.

W. D.

M. MULLER et R. DEMAREZ.

ROZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE KOŚCI MAŁPY I KOŚCI CZŁOWIEKA.

Ann. de méd. lég. 1934, Nr. 8. Str. 598

Różniczkowe odróżnianie kości ludzkich od zwierzęcych nie było rozpatrywane naukowo aż do czasu, kiedy zaczęto je badać pod kątem budowy mikroskopowej. Tylko bowiem to badanie polegające na wymierzeniu elementów kostnych może być uważane za logiczne i dokładne. Z dawniejszych autorów Gebhardt stwierdził już różnice w budowie mikroskopowej kości zwierząt i ludzi, przyczem szczególnie u psa znalazł wielką nieregularność form i wymiarów systemu Haversa. Dopiero w r. 1903 Kenyerés i Heygi podali pewne dane, które mogły posłużyć do różniczkowego rozpoznania. Stwierdzili oni, że kości ludzkie

mają największą średnicę kanałów Haversa, że u człowieka kierunek tych kanałów jest zawsze równoległy do długiej osi kości, natomiast u zwierząt gęstość kanałów Haversa jest większa. Fana w r. 1907 zwrócił szczególną uwagę na wymiary kanałów Haversa i podkreślił regularność kierunku warstw koncentrycznych kanałów Haversa u człowieka. W latach 1909 i 1910 Toyotane, Wada, również Giese i Gayer zaprzeczyli możności różniczkowania kości na drodze badania histologicznego. Dopiero prace szkoły francuskiej (Balthazard, Lebrun) w r. 1911 rzuciły trochę światła na ten problem. Następnie prace jednego z autorów niniejszego artykułu w r. 1920 i 1921, teza Proficheta w r. 1931, cokolwiek dokładniej opracowały to zagadnienie. Z innych autorów Mey w r. 1924, następnie Kernbach metodą odwapniania przekrojów otrzymali wyniki nieznacznie różniące się od siebie.

Obecnie większość autorów uważa, że metodą histologiczną i pomiarami kanałów Haversa można rozróżnić łatwo kości płodowe i młode ludzkie od kości zwierząt. Najwięcej jednak niepewności nastręcza odróżnienie kości człowieka od małpy. Nie jest to dziwnem, gdyż pewne małpy antropoidalne przez swój sposób życia, ukształtowanie i umięśnienie są tak zbliżone do człowieka, że ich tkanka kostna podobna jest do tkanki kostnej ludzkiej. Zagadnienie to jest szczególnie interesujące w medycynie sądowej i nastręcza wielkie trudności. Dotychczasowe metody są bowiem zawodne. Wszyscy autorzy zajmujący się porównywaniem kości ludzi i zwierząt zgodnie stwierdzają, że jest wprost niemożliwe odróżnić kości ludzkie od małpich. Fana znalazł u dużych małp kanały Haversa o średnicy 180 mikr., u mniejszych od 30—40 mikr. Natomiast u człowieka wymiary te wynoszą 80/90 mikr. Równocześnie zauważył, że koncentryczne blaszki kostne, u zwierząt bardzo nieregularne, są bardziej uporządkowane u małpiatych. Wada stwierdził u małp bardziej odgraniczony system Haversa i koncentrycznie ułożone komórki kościotwórcze (osteoplasty). Balthazard i Lebrun doszli do wyników, że najmniejsza średnica kanałów Haversa u zwierząt dochodzi do 20 mikr, u małp do 26/40 mikr., u człowieka natomiast od 30 — 50 mikr. zależnie od wieku,

Muller i Demarez, autorzy niniejszej pracy, badając kości małp małego wzrostu, stwierdzili, że niema różnicy między temi kośćmi a kośćmi innych zwierząt, że średnica kanałów Haversa u małych małp wynosi 18,8 mikr, a najmniej 38 kanałów Haversa znajduje się w mm^2.

Najtrudniejsze, chociaż dla nauki bardzo płodne, jest badanie kości małp antropoidalnych. Autorzy posługują się metodą histologiczną z odwapnianiem, gdyż ta metoda, jakkolwiek czasami zwodnicza, pozwala najłatwiej jeszcze uniknąć błędów. Zaletą jej jest to, że pozwala osądzić, czy ma się do czynienia z kością młodą i daje możność wyszukania kanałów naczyniowych, przy pomocy których można robić pomiary. Dalej pozwala stwierdzić miejsca kostnienia, resorbcji, rozwój względnie zatrzymanie się w pewnem miejscu ewolucji kanałów Haversa. Suche skrawki kości wytrawionej przenoszą ostrożnie do wody i następnie barwią czerwienią paryską, co pozwala oznaczyć kanały naczyniowe.

W ten sposób na 150 przekrojach przebadali szkielety gorylów, szympansów i makaka, razem 6 szkieletów, dochodząc do następujących wyników: 1) goryl młody Nr. 6: najmniejsza średnica k. H. od 24,9 mk. do 42,8 mk.; ogólna najmniejsza średnica 32,8 mk.; rozpiętość największych wymiarów od 50 do 78 mk. 2) Goryl młody Nr. 4: najmniejsza średnica od 27,4 mk. do 41 mk.; ogólna najmniejsza średnica 34.4 mk.; rozpiętość największych wymiarów od 60 do 142 mk.

3) Szympans młody Nr. 5: najmniejsza średnica 22,7 mk. do 40 mk. z przewagą cyfr mniejszych. Średnica najmniejsza 30,4 mk.; rozpiętość największych wymiarów od 57 do 78 mk, wyjątkowo 108 mk. 4) Makak: najmniejsza średnica 24,9 mk. do 48,9 mk.; najmniejsza średnica 34,6 mk.; rozpiętość wymiarów największych 85 o 159 mk. U młodocianego goryla Nr. 7 najmniejsza średnica wahała się od 23 do 42,5 mk; średnica 32,8 mk., najwyższa rozpiętość 51 do 75 mk., wyjątkowo 136 mk.

Okazuje się więc, że kanały Haversa u małp w swych wymiarach są zbliżone do ludzkich ale równocześnie jest ich mniej w polu widzenia, a ponadto, co jest ważne u zwierząt, znachodzi się u nich znacznie więcej kostniny zbitej, przez co systemy Haversa są znacznie od siebie oddalone. Pozatem stwierdza się u zwierząt znaczny przerost blaszek okostnowych. Blaszki te nie posiadają systemów Haversa, natomiast mają pojedyncze kanały naczyniowe bez koncentrycznego ułożenia komórek kościotwórczych (osteoplastów). Podobnie obok kanału szpikowego tkanka podstawowa wewnętrzna jest silnie rozwinięta i tam czasem znajdują się systemy Haversa, które powstają przez wypełnienie przestrzeni resorbcyjnych. Ważnem rozróżnieniem jest nieregularność w ułożeniu systemów Haversa u małp człekokształtnych, natomiast kanały resorbcyjne, które dały początek systemom Haversa mają nieregularne i załamane kontury. Wreszcie w miejscach przyczepu mięśni zbita kostnina jest wgląb kości silnie rozwinięta i w tych miejscach znajduje się znaczna ilość włókien Sharpeya.

Zbierając te wszystkie różnice można powiedzieć, że systemy Haversa w kościach małp człekokształtnych są bardzo obszerne w porównaniu z kanałami Haversa człowieka, że są bardzo nieregularne, że kości ich są bardzo zbite i posiadają wielkie ilości włókien Sharpeya. Ponadto rozmieszczenie kanałów Haversa jest bezładne i uwarunkowane miejscami przyczepu mięśni.

Baranowski (Kraków).

„RUCH PRAWNICZY, EKONOMICZNY I SOCJOLOGICZNY".

Wyszedł z druku 2-gi zeszyt „Ruchu Prawniczego, Ekonomicznego i Socjologicznego". Na treść zeszytu składają się: Artykuły: „Nowa konstytucja polska" przez prof. A. Peretiatkowicza. „Powszechny spis ludności jako obraz struktury gospodarstwa społecznego" przez dyr. E. Szturm de Sztrema; „O prawodawstwie buchalteryjnem" przez C. Łagiewskiego; „Stała kontrola gospodarcza przedsiębiorstw komunalnych i należących do spółek" przez dyr. St. Roppa. — Przegląd piśmiennictwa: 59 recenzyj i sprawozdań krytycznych z zakresu prawa, ekonomji i socjologji oraz bogata bibljografja odnośnej literatury polskiej i obcej. — Kronika ustawodawcza. — Sądownictwo: Przegląd orzecznictwa karnego i cywilnego Sądu Najwyższego dla wszystkich ziem polskich, Orzecznictwo Najwyższego Trybunału Administracyjnego, Orzecznictwo Najwyższego Sądu Wojskowego. — Kronika gospodarcza, socjalna i samorządowa. — Miscellanea.